



# Informe Final

## Evaluación del Gasto Institucional de la Red de Urgencia del Ministerio de Salud

Febrero de 2016

## Tabla de contenido

I.	INTRODUCCIÓN .....	4
II.	ANÁLISIS DEL DISEÑO DE LA RED DE URGENCIA .....	6
II.1	Antecedentes Generales de la RdU .....	6
II.1.1	Antecedentes históricos .....	6
II.1.2.	Descripción y análisis de cada Elemento/Componente/Estrategia (ECE) de la RdU Nacional .....	7
II.1.3.	Descripción general de la RdU.....	29
II.2.	Muestra de establecimientos de la RdU .....	31
II.2.1.	Criterios de selección de las unidades muestrales .....	32
II.2.2.	Unidades muestrales y muestra.....	34
II.2.3.	Trabajo de campo .....	36
II.2.4.	Ejecución de las entrevistas en terreno .....	36
II.2.5.	Consideraciones de los datos utilizados en la investigación .....	37
II.3.	Definir y analizar el diseño y operatividad de la "RdU" tanto a nivel agregado como por ECE .....	38
II.3.1.	Definición de un modelo de referencia .....	38
II.3.1.1	Propuesta de modelo de referencia.....	39
II.4.	Descripción del macro-proceso de atención en la RdU .....	57
II.4.1.	Macro – Proceso de la Atención de Urgencia: Nodos Críticos.....	57
II.4.2.	Ingreso al macro-proceso .....	58
II.5.	Análisis y evaluación de los procesos de seguimiento, monitoreo y evaluación y de la información generada de los ECE.....	63
II.5.1.	Metodología.....	63
II.5.2.	Aplicación Encuesta y Resultados .....	64
III.	CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA Y ANÁLISIS DE LA RELACION OFERTA/DEMANDA EN LA RDU .....	68
III.1.	Niveles de análisis de la relación entre Oferta y Demanda .....	68
III.2.	Limitaciones .....	69
III.3.	Caracterización de la demanda .....	70
III.3.1.	Caracterización de la demanda a nivel nacional .....	70
III.3.2.	Categorización de pacientes en la UEH .....	76
III.3.3.	Caracterización según nivel de atención.....	77
III.3.4.	Caracterización de la demanda a nivel de Servicio de Salud.....	79
III.4.	Análisis de la demanda hospitalaria .....	84
III.4.1.	Dos tipos de demanda: alta y baja complejidad.....	86
III.5.	Análisis de la oferta .....	88
III.5.1.	Caracterización de la oferta .....	88
III.5.2.	Relación demanda y oferta. Marco teórico.....	89
III.5.3.	Atención de baja complejidad: oferta SUR-SAPU.....	92
III.5.4.	Atención de mediana y alta complejidad: hospitales y UEH.....	95
III.5.5.	Oferta de camas hospitalarias: agudas, críticas (UPC) y totales.....	100
III.6.	Estimación de brecha de camas .....	113
III.7.	Sensibilización de recursos para unidades críticas .....	117
III.8.	Principales conclusiones del capítulo.....	121

IV.	BRECHAS DE OPERACIÓN Y ATENCIÓN .....	123
V.	USO DE RECURSOS Y PROCESOS PRODUCTIVOS .....	132
V.1.	Identificación de costos y gastos de producción y gestión financiera asociada a la entrega de bienes y servicios de urgencia tanto de la red como de sus ECE.....	132
V.1.1.	Análisis y evaluación de resultados.....	132
V.2.	Identificación y análisis de los mecanismos e incentivos asociados a la asignación y transferencia de recursos, modalidades de pago y recuperación de costos.....	155
V.2.1.	Modelo de financiamiento y flujos .....	155
V.2.2.	Flujos financieros.....	155
V.2.3.	Mecanismos de pago .....	156
V.2.4.	Mecanismos de pago utilizados en la RdU .....	157
V.2.5.	Recuperación de costos .....	161
V.2.6.	Compra de servicios al Extrasistema.....	163
V.3.	Conclusiones del capítulo .....	167
VI.	EFICACIA DE LA RED Y SUS COMPONENTES .....	169
VI.1.	Levantamiento de Indicadores para la Medición de la Eficiencia de la Red en la Producción y Provisión de Bienes y Servicios .....	169
VI.1.1.	Metodología .....	169
VI.1.2.	Conjunto final de indicadores y levantamiento de la información .....	176
VI.2.	Cálculo de Indicadores .....	180
VI.3.	Conclusiones del capítulo .....	213
VII.	CONCLUSIONES.....	214
VIII.	RECOMENDACIONES .....	218
IX.	COHERENCIA Y PRIORIDADES .....	223
	ANEXOS .....	228
	Anexo 1: Análisis del diseño .....	228
	Anexo 1.1: Información de establecimientos SAPU y aquellos sin Servicio de Urgencia .....	228
	Anexo 1.2: Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución, SAR .....	229
	Anexo 1.3.: Atenciones de urgencia del año 2013 realizada en establecimientos hospitalarios y APS de las regiones VI y XIII .....	229
	Anexo 1.4: RdU de la VI Región del Libertador Bernardo O'Higgins .....	234
	Anexo 1.5: Fortalezas y debilidades esperadas de la muestra.....	236
	Anexo 1.6: Cuestionario Evaluación de la Red de Urgencia Chilena.....	237
	Anexo 1.7: Resultados encuesta Sistemas de Emergencia Médica.....	254
	Anexo 1.8: Revisión bibliográfica modelo de referencia internacional .....	259
	Anexo 1.9: Análisis organizacional y funcional de la RdU y sus mecanismos de coordinación .....	264
	Anexo 1.10: Análisis de la cadena de valor del proceso asistencial en la RdU .....	271
	Anexo 2: Entrevistas realizadas en los establecimientos de los Servicios de Salud de la muestra .....	275
	Anexo 2.1.: Entrevistas realizadas en el SdS Metropolitano Sur .....	275
	Anexo 2.2.: Entrevistas realizadas en el SdS O'Higgins .....	403
	Anexo 3: Relación entre la oferta y la demanda en la RdU .....	531
	Anexo 3.1: Estimación de la proporción de atenciones que requerirían atención en unidades de alta o mediana complejidad .....	531
	Anexo 4: Data de respaldo del Capítulo V.....	535
	Anexo 5: Data del Capítulo VI .....	549

Anexo 6.: Revisión bibliográfica acerca de intervenciones para mejorar la Red de Urgencia .....	581
---	-----

## I. INTRODUCCIÓN

La red de urgencia (RdU) es un complejo sistema de elementos, componentes y estrategias que interactúan con el fin de responder a la emergencia sobre la vida humana. Va evolucionando conforme se desarrollan las sociedades, adquiriendo tecnología y modificando sus procesos para dar respuesta al usuario, quien, a diferencia de otros servicios clínicos, determina buena parte de su funcionalidad toda vez que son sus necesidades percibidas y no obligatoriamente reales las que motivan el uso de esta red.

Para realizar esta investigación se convocó por medio de licitación a consultores, centros de estudios y universidades para investigar respecto de la red de urgencia nacional. Esto a causa del acuerdo del Ejecutivo y el Congreso Nacional para el presupuesto del año 2013. Esta evaluación fue adjudicada a la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile a través de su Instituto de Administración de Salud (IAS), quien para aumentar la riqueza de las perspectivas convocó al estudio a la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la misma casa de estudios.

El planteamiento del estudio fue hacer un análisis exhaustivo de la literatura, datos públicos, datos de uso ministerial, para obtener un estado del arte de la urgencia en Chile tomando como tiempo de estudio el quinquenio 2009-2013. Complemento necesario es ir al terreno donde operan los servicios de urgencia, por lo que se postuló una muestra de Servicios de Salud para visitar en terreno, y conocer dónde y cómo se trabaja en urgencia. La conversación con actores clave fue imprescindible a la hora de concluir pues la teoría dista de la práctica, eso se sabe, pero no se ha cuantificado. La riqueza obtenida de las entrevistas se expresa en la forma como se arman las respuestas de urgencia, con mucha lógica, pero gran cuota de creatividad.

Para los fines de esta evaluación, se entenderá como *Componentes* de la RdU a: Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Servicio de Urgencia Rural (SUR), Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), Servicio de Atención de Urgencia Diferida (SAUD), Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), Unidad de Paciente Crítico (UPC).

Como *Elementos* se considera a las unidades que estando vinculadas con los servicios de salud, no brindan prestaciones de salud clínica propiamente tales, como Selector de Demanda (SD) y Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC), esta última se incorpora por su rol preponderante en la asignación de camas críticas en el sistema de salud chileno.

Las *Estrategias* son la forma por la cual se consiguen los objetivos trazados para la Red, es así como algunos de los componentes actuales de la RdU surgen como estrategias. SAPU, por ejemplo, nace para responder a la urgencia al interior de las comunidades, adscribiendo al modelo de salud familiar. Hoy es un componente prioritario de la RdU.

Como modelo de referencia y eje de este informe se definen 3 niveles de atención: un nivel macro o nivel 1, que refiere a la función y el sustento teórico de una RdU. Para abordarlo se recurre a la literatura internacional y a la opinión de expertos en temas de urgencia. Un nivel 2 al cual se accede a través de la descripción del modelo chileno de RdU. Y el nivel 3 que da cuenta de cada uno de los componentes como entidades independientes y funcionales.

Este informe se inicia en el capítulo II con una descripción en profundidad de cada Componente y Elemento, mencionando cuando es relevante las estrategias que subyacen a su actividad. En el mismo capítulo se podrá leer una detallada representación de la atención de urgencia, descrita como proceso y cuál es el itinerario de los pacientes que ahí acceden. Se explicita la selección de la muestra de servicios de salud estudiada, sus debilidades y fortalezas.

La caracterización de la oferta y la demanda en el servicio de urgencia, además del análisis de estas fuerzas de mercado y su interacción son descritas en profundidad en el capítulo III.

La información del capítulo anterior sirve de introducción para el cálculo de brechas de atención que se abordan en el capítulo IV. La relación de la RdU pública con el área privada se expone a través de una descripción de las compras que hace el Fondo Nacional de Salud (FONASA), en virtud de la Ley de Urgencia, y el gasto en camas críticas, un insumo escaso e imprescindible para actuar frente al riesgo vital.

Los cálculos económicos y gasto se abordan en el capítulo V, a través de flujos financieros, incentivos y recuperación de costos de la Red. Se hace la distinción sobre el origen de los recursos según sea el Componente de que se trate, estableciendo claramente la diferencia entre la atención primaria de salud (APS) y la mayor complejidad.

Medir la eficacia de la red es fundamental en los objetivos que el país tiene respecto de su RdU. Tomando en cuenta los capítulos anteriores se analizan y proponen una serie de indicadores que pueden dar cuenta de la actividad a este nivel. Además se muestran los resultados y análisis de los indicadores para el periodo señalado. Esto se encuentra en el capítulo VI.

El análisis profundo de la información recopilada y mostrada en los distintos capítulos de este informe se traducen en conclusiones que definen la situación de la red de Urgencia nacional.

La constatación de los resultados de indicadores, la realidad de otras latitudes y la visión de los actores e investigadores sustentan las recomendaciones y prioridades que finalizan esta entrega.

En suma, se presenta un estudio exhaustivo que tiene por norte mostrar el desarrollo y desempeño de la RdU de nuestro país, su realidad y sus aspiraciones.

## **II. ANÁLISIS DEL DISEÑO DE LA RED DE URGENCIA**

### **II.1 Antecedentes Generales de la RdU**

La imposibilidad que tenemos como seres humanos de impedir emergencias o desastres, hace necesario contar con mecanismos, métodos e instituciones que puedan responder ante la necesidad generada por un suceso imprevisto.

Es así como hemos requerido del desarrollo de sistemas de emergencia, capaces de responder ante la contingencia del peligro sobre la vida humana, con el objetivo final de preservar la vida y dar a la ciudadanía un elemento de tranquilidad respecto de la percepción de seguridad con que se responderá en caso de ser necesario ante un suceso imprevisto de riesgo vital.

La población completa del país, tanto los ciudadanos como potenciales visitas de otras latitudes, son los beneficiarios directos de estos sistemas de urgencia, puesto que ni las emergencias ni los sistemas de soporte vital discriminan por sexo, edad o etnia. Es por ello que la misma población históricamente ha abogado, y cominado a las autoridades que detentan el poder a desarrollar y mejorar los sistemas de emergencia presentes<sup>1,2</sup>.

#### **II.1.1 Antecedentes históricos**

El año 1840 se encuentra marcado por la llegada de las primeras máquinas a vapor y de los tranvías, los que empujan el desarrollo de la industria manufacturera en el país y llaman a los campesinos a venir a las ciudades con la promesa de un trabajo próspero. Sin embargo la ciudad no da abasto a la migración generándose hacinamiento y aumento de la delincuencia, convirtiendo la oferta de bonanza en trabajos precarios e inseguros que aumentan la accidentabilidad de los trabajadores.

Las voces de la ciudadanía claman por el establecimiento de un sistema de Servicios de Urgencia, que hasta el momento estaba a cargo de la policía de la ciudad, que poco podía hacer frente a lesiones de carácter vital. Crudos son los relatos de la época plasmados en las crónicas de los Drs. Murillo<sup>3</sup> y Fajardo<sup>4</sup>, quienes describen la realidad de la ciudad de Santiago del siglo XIX, una ciudad donde los heridos por algún accidente o hecho de violencia eran trasladados a tientas a las comisarías para prestar declaración antes de ser atendidos por sus dolencias. Muchos de esos heridos morían antes de recibir atención médica<sup>5</sup>.

Tendría que llegar el Dr. Alejandro del Rio para que en 1911 la ciudad de Santiago contara con el primer hospital de urgencias: la "Asistencia Pública". El notable avance en atención

---

<sup>1</sup> Aviles, V. "La Asistencia Pública: su origen y significado". Revista de Asistencia Pública, vol IX: 59-72 (n°1) 1984.

<sup>2</sup>MINSAL Documentos, "Desarrollo Histórico de la Atención Pre-hospitalaria en Chile".

<sup>3</sup> Murillo, A. Rev. Med. Chile1876-1877 5(Mayo) 406-415. Biblioteca Enrique Laval.

<sup>4</sup> Fajardo, P. "Servicio de Primeros Auxilios de la Asistencia Pública de Santiago", 1909 Memoria de Prueba para optar al grado de Licenciado de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Chile; Biblioteca de Historia de la Medicina Enrique Laval.

<sup>5</sup> Larraín, I. Boletín de la Policía de Santiago, 1901, Biblioteca de Historia de la Medicina Enrique Laval

de urgencia que significó la Posta Central facilitó el desarrollo de otras postas como las Postas 2 y 3, además del establecimiento de un sistema de ambulancias para el traslado de los accidentados a los centros de atención de urgencia<sup>6</sup>.

El continuo desarrollo social y el aumento de los accidentes de tránsito, con su estela de mortalidad y discapacidad, se volvió un problema de salud pública a principios de los años 90, forzando a las autoridades de la época a generar un sistema de atención de salud que permitiera disminuir estas negras cifras. La colaboración de países como Francia permitieron el desarrollo de un sistema de medicina pre hospitalaria, constituyendo el actual SAMU: un sistema centralizado de traslado de pacientes con los recursos técnicos y profesionales para realizar procedimientos en el sitio del suceso. Un avance notable que ha sido admirado e imitado en varios países de Latinoamérica<sup>7</sup>.

Hoy en día la RdU nacional es un conjunto de estrategias e instancias que buscan dar una atención de calidad y oportunidad a las personas en situación de emergencia, intentando crear un diálogo entre lo que es urgente para el paciente y lo que es una urgencia vital, términos que muchas veces no coinciden. Esta situación imprime la necesidad de crear constantemente mecanismos que respondan a la urgencia así considerada por el usuario (la que suele no ser urgente) sin que se afecte la necesaria disposición de los equipos de salud para la emergencia vital, objeto para el cual están diseñados.

Siendo así, se han desarrollado los SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia) como estrategias de mejora de acceso de la población, con la finalidad que las personas contaran con un recinto donde consultar sus urgencias sin tener que acudir al hospital. Del mismo modo surgen los SAUD (Servicio de Atención de Urgencia Diferido), como medida para descongestionar las Unidades de Emergencia de los Hospitales (UEH). En un SAUD se atienden los casos de usuarios menos complejos que son los que, justamente, producen el hacinamiento en las salas de espera de los servicios de urgencia. Otra medida es la creación de los SAR (Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad) donde se dota de recursos técnicos para la toma de exámenes y rayos a centros de baja complejidad ampliando su capacidad resolutiva, lo que permiten disminuir las referencias a unidades de urgencia de mayor complejidad<sup>8</sup>.

Como se ve, la urgencia es dinámica. Todos estos desarrollos mencionados en el párrafo anterior intentan responder a la necesidad de la población de sentirse protegida frente a un hecho de riesgo, necesidad que no ha cambiado desde los albores de la república, solo ha cambiado la forma en que se responde. Hoy en día la respuesta a la urgencia intenta plasmar los objetivos centrales de RdU Nacional: equidad, calidad y oportunidad.

### **II.1.2. Descripción y análisis de cada Elemento/Componente/Estrategia (ECE) de la RdU Nacional**

---

<sup>6</sup> Op Cit (1): Aviles, V. "La Asistencia Pública: su origen y significado". Revista de Asistencia Pública, vol IX: 59-72 (n°1) 1984.

<sup>7</sup> MINSAL Documentos, "Desarrollo Histórico de la Atención Prehospitalaria en Chile".

<sup>8</sup> SAR: Servicio de Urgencia de alta Resolutividad, surgen el año 2014, la presente investigación considera el quinquenio 2009-2013. Más información de los SAR en el anexo 1.2.

La RdU se compone de elementos, componentes y estrategias que se interrelacionan con mayor o menor funcionalidad, con el claro objetivo de preservar la vida del (los) afectados por una situación de riesgo.

Para efectos de este estudio se consideran como Componentes de la RdU a los establecimientos de atención y servicios constitutivos donde se brinda directamente la atención de salud, es decir, los establecimientos de Atención Primaria de Urgencia (SAPU, SUR), Unidades de emergencia Hospitalaria (UEH), el Servicio de Urgencia Diferida (SAUD), Servicios de pacientes Críticos (UPC) y Atención Pre hospitalaria (SAMU), los que fueron reconocidos como tales en el año 2001<sup>9</sup>.

Como Elementos se reconocen a las instancias que intervienen en la atención dada por los componentes, pero que no brindan atenciones de salud propiamente tales como Selector de Demanda (SD) y la UGCC.

Estrategias de la RdU se consideran a las acciones planificadas mediante las cuales se busca la consecución de los objetivos trazados. Es por ello que algunos componentes han surgido como estrategias para subsanar los problemas de la red.

Si bien no existe un organigrama nacional vinculante de todos los Elementos/Componentes/Estrategias de la RdU chilena, sí existen descripciones funcionales de cada uno de ellos por separado lo que no provee una visión integrada de la Red.

Los Elementos/Componentes/Estrategias (ECE) que forman la Red se denominan con siglas que permiten una identificación abreviada, a saber:

- SUR: Servicio de Urgencia Rural.
- SAPU: Servicio de Atención Primaria de Urgencia.
- SD: Selector de demanda.
- UEH: Unidad de Emergencia Hospitalaria.
- UPC: Unidad de Paciente Crítico.
- UGCC: Unidad de Gestión Centralizada de Camas.
- SAUD: Servicio de Atención de Urgencia Diferida
- SAMU: Servicio de Atención Médica de Urgencia.

A continuación se describe la estructura organizacional de los distintos ECE considerados en el estudio y que forman parte de la RdU.

### **Servicio de Urgencia Rural<sup>10</sup>**

Sin considerar la atención de urgencia entregada en las Postas Rurales<sup>11</sup> por los técnicos paramédicos residentes, los SUR constituyen el componente de menor complejidad de la

<sup>9</sup> MINSAL Programa de Reforzamiento de Urgencia y de Unidades Críticas, 2001.

<sup>10</sup> MINSAL-DIVAP. Manual de Administrativo para la atención de Urgencia en Consultorios Generales Rurales, 2001.

<sup>11</sup> Posta de Salud Rural: "*Establecimiento de menor complejidad que forma parte de la red asistencial, localizado en sectores rurales de mediana o baja concentración de población o mediana/gran dispersión, a cargo de salud en materia de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y el seguimiento de la situación de salud de las comunidades rurales*". Tomado de Normas técnicas de Postas de Salud Rural, MINSAL 2011.

RdU. Se establecen desde aproximadamente el año 2009, como una forma de combatir el desigual acceso a los servicios de urgencia que tenían quienes viven en zonas alejadas de las urbes.

Como se mencionó, se emplazan en localidades que están alejadas de centros de salud de mayor grado de complejidad, como SAPU u Hospitales, particularmente en las zonas rurales del país, donde justamente se encuentran los niveles de pobreza más elevados (CASEN, 2000<sup>12</sup>). En estos lugares son los Consultorios Generales<sup>13</sup> Rurales y las Postas Rurales los que inician la respuesta de salud ante una urgencia. En horario hábil, el consultorio se encarga de atender las urgencias que lleguen a sus dependencias. Las postas rurales pueden derivar a los Consultorios casos más complejos o que requieran de intervenciones técnicas más sofisticadas. Sin embargo quedaba el vacío de las horas inhábiles, donde la población quedaba en desprotección, ante ello aparecen los SUR como respuesta a la atención de urgencia del horario no cubierto (inhábil, festivo y fin de semana).

Los SUR tienen como objetivo otorgar atención inmediata, segura y de la mejor calidad posible en situaciones de urgencia-emergencia médica de carácter impostergable, a la población de la localidades rurales o urbanas pequeñas (de menos de 25.000 hbts.) en las que no existe otro establecimiento asistencial que cubra la demanda de urgencia en horarios inhábiles, a los usuarios que concurran, así como a los usuarios derivados del sector rural de su área de atracción.

Un SUR es de dependencia municipal, directamente de Consultorio General Rural (CGR) y se articulan con el resto de la red bajo la supervisión técnica del Servicio de Salud respectivo.

Esta atención se organiza en función de los siguientes roles:

- Un médico residente<sup>14</sup> en horario inhábil (17:00 a 24 horas o de 20:00 a 24 hrs de existir extensión horaria<sup>15</sup> en el CGR asociado) de lunes a viernes.
- Si la demanda no justifica contar con un médico residente, se puede optar por tener un médico de llamada<sup>16</sup> de 24 a 8:00 del día siguiente, de lunes a viernes y sábados, domingos y festivos.
- Técnico paramédico residente.
- Chofer residente.
- Camillero de llamada.

---

<sup>12</sup> Op cit (8): MINSAL Programa de Reforzamiento de Urgencia y de Unidades Críticas, 2001.

<sup>13</sup> Consultorio General Rural (CGR): "Establecimiento de atención ambulatoria ubicado generalmente en localidades de 2.000 a 5.000 habitantes y que presta servicios a la población de un área determinada que no excede los 20.000 habitantes. Las acciones del Consultorio General Rural comprenden tanto el fomento, la prevención y la protección de la salud de las personas y del medio ambiente, como la resolución de problemas de salud que pueda manejar el equipo de salud compuesto de médico, odontólogo, enfermera matrona, otros profesionales y técnicos apoyados por medios básicos de diagnósticos y tratamiento". Tomado de Glosario de Términos de Salud Municipal, SINIM 2008.

<sup>14</sup> Residente: funcionario que permanece físicamente en el establecimiento durante el horario de funcionamiento establecido.

<sup>15</sup> Extensión Horaria se refiere a una estrategia de la APS que busca captar a los trabajadores que no consultan, por su horario laboral. Esta "extensión horaria" equivale a tener horas médicas disponibles en el Consultorio desde las 17:00hrs (hora habitual de cierre del establecimiento) hasta las 20:00hrs.

<sup>16</sup> De Llamada: funcionario que sin permanecer físicamente en el establecimiento durante el horario de funcionamiento establecido, debe estar ubicable dentro de la localidad durante el periodo que dure el turno con comunicación y transporte expedito.

De acuerdo a la población asignada y demanda observada localmente, se define cuál es el equipo de trabajo a partir de esta conformación básica.

El rol de jefe del SUR es ejercido generalmente por el Director del CGR quien debe planificar, organizar y dirigir la atención de urgencia, y coordinar las acciones y traslados de pacientes con el resto de la red. En caso de disponibilidad, se cuenta también con el rol de coordinador (a) de enfermería, quien permite apoyar la labor de enfermería realizada en estos establecimientos.

El SUR está a disposición de la comunidad en horarios en los que el consultorio de la comuna no se encuentra en funcionamiento, ocupando las mismas dependencias, resolviendo las urgencias hasta lograr el alta o la estabilización y, en caso de ser necesario, el traslado a centros de mayor resolutividad.

Un importante complemento a este componente lo constituye la Posta Rural que entrega atención de urgencia de baja complejidad, a través de los Técnicos Paramédicos residentes prácticamente las 24 horas del día.

Las características del SUR son las siguientes:

- a. Realiza atención ambulatoria de recuperación de la salud, a fin de resolver problemas de morbilidad aguda que se presenten.
- b. Otorgar primero auxilios, aplicar tratamientos, dejar en observación hasta por 6 horas y realizar procedimientos que ayuden a recuperar, estabilizar o evitar el agravamiento de pacientes críticos en situaciones de urgencia inmediata.
- c. Deriva y traslada oportunamente, en condiciones de seguridad, aquellos pacientes que por la complejidad del caso o necesidad de recursos requeridos deba ser atendido en otro establecimiento de la red asistencial<sup>17</sup>.

El SUR atiende con recursos humanos que son determinados por la realidad local, tanto por la demanda de atenciones como por los recursos con que cuente el Municipio para poner en funcionamiento este componente.

**Tabla 2.1: Modalidades de funcionamiento del SUR**

	Modalidad Baja	Modalidad Media	Modalidad Alta
	En CGR con población de 10.000 o menos	En CGR con población entre 10.000 y 15.000	En CGR con población de 15.000 o más.
Horario de Atención	Lunes a Viernes de 17:00hrs (sin extensión horaria) o desde 20:00hrs (con extensión horaria) a 8:00hrs, 24 horas sábados domingos y festivos.		
Médico	De llamada	De llamada	Residente: lunes a viernes 17:00 o 20:00 hasta 23:00. De llamada el resto del tiempo
Técnico paramédico	Residente	Residente	Residente
Chofer	De llamada	Residente	Residente
Camillero	No	De llamada	De llamada

Fuente: Elaboración propia en base a Manual Administrativo para la Atención de Urgencia en los Consultorios Generales Rurales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria.

<sup>17</sup> División de Atención Primaria; Atención Primaria de Urgencia 2013, material entregado por DIPRES.

Como se mencionó, el SUR tiene recursos físicos compartidos con el Consultorio General Rural, pero cuando la demanda de atención de urgencia es alta, se puede implementar una unidad específica para atenciones de urgencia, la que considera<sup>18</sup>:

1. Box de atención con dos camillas, separadas por cortinas, habilitado exclusivamente para la atención de urgencia.
2. Box de procedimientos, que en lo posible sea exclusivo y apoyado por la sala de tratamiento general del establecimiento. Esta zona debe estar implementada para procedimientos médicos, diagnósticos o terapéuticos inmediatos, observación, oxigenoterapia, etc. En esta área puede ubicarse también el carro de paro, los equipos de reanimación y el electrocardiógrafo.
3. Box o sala de observación u hospitalización abreviada con 2 camas y baño adyacente. Está destinado a mantener pacientes en observación por no más de 24 horas, ya que según su evolución deben ser enviados a su domicilio o derivados al centro de mayor resolutividad. Una cama eventualmente disponible para acompañamiento familiar, especialmente niños y ancianos.
4. 1 dormitorio o sala de estar con baño para Técnico Paramédico residente.
5. 1 dormitorio o sala de estar con baño para chofer (en caso de residencia)
6. Extintor de incendios
7. Sistema de alarma contra incendios
8. Equipo eléctrico

Dada su importancia estratégica, pues da atención de Urgencia a población rural vulnerable con dificultad de acceso a otros centros de salud, la Norma<sup>19</sup> indica que los SUR deben estar organizados y trabajando mancomunadamente con el SAMU (donde este componente esté implementado) o en su defecto con el hospital de derivación, quienes deben encargarse del traslado de los pacientes que requieran atenciones de mayor complejidad.

### **Servicio de Atención Primaria de Urgencia<sup>20</sup>**

Los SAPU se establecen en el año 1990<sup>21</sup> como una forma de acercar la atención de urgencia a las comunidades, fomentando el desarrollo del modelo de Salud Integral Familiar.

A la fecha, un SAPU es un componente que permite entregar prestaciones de baja complejidad, que aseguran acceso inmediato y actuación oportuna para resolver situaciones de salud, que los usuarios consideran que no admite espera y eventualmente salvar situaciones emergentes que pongan en riesgo la integridad de la salud y la vida de las personas, constituyéndose en la primera instancia de atención de la RdU del Sistema Público de Salud.

La Autoridad Sanitaria determina la dependencia administrativa de los SAPU, sin embargo en su mayoría dependen de un Centro de Salud (CES) o de un Centro de Salud Familiar

---

<sup>18</sup> Manual Administrativo para la Atención de Urgencia en los Consultorios Generales Rurales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria.

<sup>19</sup> Manual Administrativo para la Atención de Urgencia en los Consultorios Generales Rurales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria.

<sup>20</sup> Manual Administrativo para Servicios de Atención Primaria de Urgencia. Serie Cuadernos de Redes N° 6. Subsecretaría de Redes Asistenciales. DIGERA. MINSAL.

<sup>21</sup> Informe final Programa de Reforzamiento de la APS, MINSAL, 2005.

(CESFAM), por ende, y como su nombre lo señala, son la urgencia de la APS. Por ello su establecimiento depende en gran medida de la voluntad de los municipios.

Los objetivos principales de los SAPU son aumentar la capacidad resolutiva del nivel primario, aumentar la cobertura de atención del consultorio, mejorar la accesibilidad a la atención médica, disminuir las consultas de urgencia en los niveles superiores (hospitales), disminuir los tiempos de espera por consultas de urgencia y disminuir los costos por trasladados<sup>22</sup>.

Las principales características son las siguientes:

- a. Mejora la accesibilidad y resolutividad de la atención médica de emergencia/urgencia, otorgando atención médica inmediata a la demanda de la población, en horarios alternos a los de funcionamiento de los establecimientos de APS.
- b. Gestiona la demanda de la atención de urgencia-emergencia que requiera de consultas y referencia a otros niveles.
- c. Aplica tratamientos y procedimientos que ayuden a recuperar, estabilizar o evitar el agravamiento de pacientes en situaciones de urgencia-emergencia.
- d. Deriva y traslada oportunamente y en condiciones de coordinación y seguridad, aquellos casos que por su complejidad o recursos requeridos, deben ser atendidos en otros establecimientos de mayor capacidad resolutiva de la Red Asistencial.
- e. Coordina la continuidad de la atención de la población inscrita en la red de APS<sup>23</sup>.

Los SAPU se encuentran en la mayoría de los casos adosados a los consultorios de APS o en locales anexos, en zonas urbanas de alta densidad poblacional.

Estos establecimientos cuentan con un jefe de SAPU, quien tiene por responsabilidad la gestión técnico – administrativa del Componente, formando parte de la coordinación de la RdU local. Además debe mantener guías y protocolos clínicos actualizados y/o adecuados a su realidad local.

La enfermera de SAPU tiene una doble función: por una parte realiza sus actividades clínicas de atención de pacientes, y por otro colabora como Coordinadora de Enfermería ayudando al Jefe de SAPU en la mantención adecuada de las guías y protocolos clínicos. El rol clínico de la enfermera esta siempre por sobre de su acción como coordinadora.

Dependiendo del tamaño del SAPU y la demanda asistencial existente, puede existir 1 o más médicos clínicos a cargo de la atención de las patologías que generan las consultas. En periodos de sobrecarga, suelen existir refuerzos en horarios *peaks* con otros médicos.

Existe al menos un TENS<sup>24</sup>, responsable de la ejecución de la mayor parte de los procedimientos del área de enfermería, considerando que el tipo de actividades a realizar suele ser de baja complejidad.

---

<sup>22</sup> Caracterización del Programa de Servicio de Atención Primaria de Urgencia SAPU, 2013; Información brindada por DIPRES.

<sup>23</sup> División de Atención Primaria; Atención Primaria de Urgencia 2013, material brindado por DIPRES.

<sup>24</sup> TENS: técnico de enfermería de nivel superior. Reemplaza al antiguo auxiliar de enfermería, ya que éste está mejor capacitado y su formación acreditada por centros de formación técnica.

En el caso de que el paciente deba ser trasladado a una UEH por su cuadro clínico, existe un vehículo de transporte básico operado por un chofer y camillero, quienes son los responsables del correcto traslado del paciente al lugar de destino.

La mayor parte de ellos atienden en un horario de funcionamiento complementario al del consultorio (no hábil), vale decir desde las 17:00 hasta las 24:00 (SAPU corto) o desde las 17:00 hasta las 8:00 del día siguiente (SAPU largo), sin embargo los gestores locales tiene la potestad de readecuar los horarios de atención en virtud de la demanda asistencial observada.

También existe la modalidad de SAPU Avanzado que son centros de mayor resolución, que permiten entre otros, la toma de Radiografías, cirugías menores, sala de reanimación<sup>25</sup>. Estos SAPU se localizan en lugares estratégicos con el fin de descongestionar las urgencias hospitalarias y atienden las 24hrs del día los 365 días del año.

Con el objetivo de responder a las demandas de atención estacionales es que se ha creado la figura del SAPU de Verano, un SAPU que funciona solo en periodo estival, de alta demanda comunal por ser centro vacacional. Pasada la temporada de vacaciones, se suspende su funcionamiento, hasta la temporada siguiente. Esto permite a la comuna de destino vacacional responder a la contingencia del aumento temporal de población, sin la necesidad de implementar servicios de Urgencia más complejos que serían subutilizados en el periodo invernal.

**Tabla 2.2: Caracterización de los tipos de SAPU**

	SAPU Avanzado	SAPU Largo	SAPU Corto	SAPU Verano
Horario de Atención	24 horas al día, 365 días al año	123 horas a la semana: • hábiles desde las 17:00 a las 8:00 del día siguiente. • Inhábiles desde las 8:00 a las 8:00 del día siguiente.	67 horas a la semana: • hábiles desde las 17:00 a las 24:00. • inhábiles desde las 8:00 a las 24:00.	Funcionamiento durante la última quincena de Diciembre (algunos) y en los meses de Enero y Febrero, en localidades de destino vacacional. Horario similar a SAPU corto
Médico	Sí	Sí	Sí	Si
Enfermera	Sí	Sí	Sí	Si
Técnico paramédico	Sí	Sí	Sí	Si
Camilla de observación	Sí	No	No	No
Radiología	Sí	No	No	No
Laboratorio	Sí	No	No	No
Resolutividad	Máxima	Menor	Menor	Menor

Fuente: Elaboración propia en base a Manual Administrativo para Servicios de Atención Primaria de Urgencia del Ministerio de Salud.

<sup>25</sup> Caracterización del Programa de Servicio de Atención Primaria de Urgencia, 2013; Información brindada por DIPRES

La variedad de urgencias que atiende un SAPU se evidencia en las Estadísticas de Atenciones de Urgencia del DEIS<sup>26</sup>, donde el principal grupo de causas atendidas en este componente fue justamente Otras Causas (agrupación variopinta de motivos de consulta que no responden a ninguno de los otros grupos definidos) con un 47,6% de las atenciones. Le siguen las consultas por afección del sistema respiratorio con 39,3%, los traumas y envenenamientos con 7,9%, diarreas 3,3% y sistema circulatorio con 1,9%.

La complementariedad de tiempos de funcionamiento de los centros de la APS y los SAPU propicia que en éstos últimos, muchas veces, se atiendan patologías no estrictamente urgentes, puesto que hay un número importante de las consultas que son el rebalse que no atendió el consultorio diurno<sup>27</sup>.

El presupuesto de los SAPU proviene fundamentalmente de dos fuentes: el aporte del Estado vía Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria (PRAPS) y el aporte Municipal. A raíz de la entrada en vigencia de la Ley 19.378, varios SAPU han puesto en funcionamiento un sistema de generación de ingresos propios, recursos que llegan a los Municipios y son reasignados al consultorio o al SAPU. Los SAPU son financiados por presupuestos calculados en base a un análisis de los costos de los factores de producción involucrados. Los SAPU de verano se financian a través de convenios establecidos entre el municipio que los alberga y el Servicio de Salud al cual pertenece ese municipio. Los montos convenidos se entregan de forma anual y única, posterior a la tramitación de la resolución aprobatoria de dicho convenio.

### **Selector de Demanda**

Es la puerta de entrada para recibir cualquier tipo de atención médica dentro de las UEH. Es un sistema de ordenamiento de la atención de los consultantes al Servicio de Urgencia Hospitalario. No genera atención médica directa de pacientes, sino que establece prioridades para la atención en las UEH.

Es este elemento el que hace concreta la característica de *Oportunidad* a la atención de urgencia, pues de la categoría que fije al paciente, vendrá la prioridad en su atención. Con esto el servicio de urgencia impone una lógica de *necesidad*, más que una atención por *orden por llegada*. Así este triage<sup>28</sup> hará que quien requiera una atención más oportuna sea atendido con mayor rapidez que otra persona cuya condición no sea grave, aunque este último haya llegado antes.

Tener un SD forma parte de la Norma de Acreditación de Establecimientos de Atención Cerrada como Característica Obligatoria.<sup>29</sup> La priorización se realiza tanto en hospitales públicos, como en clínicas privadas.

---

<sup>26</sup> Atenciones de Urgencia realizadas en SAPU por grupo de edad, según algunos grupos de causas, Chile 2011, DEIS.

<sup>27</sup> Evaluación Gubernamental de Programas 2001. Programa de Reforzamiento de Urgencias y Unidades Críticas.

<sup>28</sup> Triage: acto de categorización de pacientes para establecer un orden de atención según condición de gravedad del consultante y no por orden de llegada.

<sup>29</sup> Manual de Acreditación de Prestadores de Atención Cerrada. Superintendencia de Salud, 2013.

El profesional responsable de este triage, es la enfermera jefa o coordinadora de la unidad de emergencia.

Quien ejecuta la acción de evaluación, en general, de las normativas revisadas por SdS y hospitales, es un Técnico de Enfermería de Nivel Superior (TENS), capacitado en esta evaluación.

Para realizar la evaluación del paciente, se requiere una sala pequeña, que tenga la infraestructura mínima, en condiciones de privacidad, que permita evaluar signos vitales y aspectos generales del paciente, de forma que el TENS se forme una opinión más o menos objetiva, respecto de si el paciente está grave y necesita atención inmediata o prioritaria; o bien puede esperar para ser atendido. Desde el punto de vista del equipamiento, debe contar con un equipo para toma de presión, pulso, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y camilla.

Se presume, de acuerdo a opinión de expertos, que el personal que realiza esta acción (TENS) está capacitado y es capaz de realizar diferenciación considerando los criterios de gravedad que están explícitos en todas las normas revisadas.<sup>30</sup>

El producto de esta evaluación es la “categorización de pacientes”<sup>31</sup> es la siguiente:

- ✓ C1: Emergencia médica que requiere atención inmediata (sin tiempo de espera). El usuario entra directamente a sala de reanimación, ya que presenta riesgo vital, con o sin haberse realizado control signos vitales, en sala de selector de demanda.
- ✓ C2: Emergencia médica, en que el usuario presenta compromiso vital evidente, no debe esperar más de 30 minutos para su atención.
- ✓ C3: Usuario con urgencia menor de atención, cuyo estado permite esperar, pero no más allá de 90 minutos<sup>32</sup>.
- ✓ C4: Usuario sin riesgo vital inmediato, que puede ser atendido por médico en no más de 180 minutos.
- ✓ C5: Usuario sin riesgo vital, cuya atención debería ocurrir en la atención primaria (SAPU-SUR)<sup>33</sup>.

Los objetivos de este sistema de categorización de beneficiarios son:

1. Identificar los pacientes en condición de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado de clasificación.
2. Priorizar la atención según el nivel de clasificación y acorde con la condición clínica del paciente.
3. Conocer el perfil de demanda de los consultantes a la Unidad de Emergencia.
4. Asignar el box y/o lugar adecuado de acuerdo a la clasificación según riesgo del paciente.

---

<sup>30</sup> Protocolo de Atención de Urgencia de: SS Coquimbo, Hospital de Coquimbo, Hospital San Juan de Dios de Santiago, Servicio de Salud Metropolitano Occidente, Hospital de Linares, Hospital Base de Rancagua, Hospital de Curanilahue. Hospital Roberto del Río. Clínica Bicentenario. Clínica Valparaíso.

<sup>31</sup> Normativa y Orientaciones Técnicas de Priorización de la Atención en Servicios de Urgencia. MINSAL, 2007.

<sup>32</sup> En documento entregado por MINSAL el día 13 de Octubre de 2015, la categoría C3 esta definida como urgencia que debe ser atendida antes de 30 minutos o en su defecto reevaluar.

<sup>33</sup> De manera general, los C5 en las UEH son los que al no tener prioridad de atención, tienen las esperas más largas. La indicación es que su atención esta determinada a la demanda asistencial del momento (MINSAL). En UEH que cuentan con SAUD asociado, estos pacientes son derivados a atención en ese sector.

5. Tener una estimación de los tiempos de espera para los pacientes y su accesibilidad a la atención.
6. Disminuir la congestión del servicio, mejorando el flujo de pacientes al interior de este.

El SD registra sus estadísticas en el Registro Estadístico Mensual REM - A.08 del Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud (DEIS MINSAL). Desde el año 2013, existe la norma técnica N° 149 sobre Estándares de Información en Salud, correspondiente al estándar de atención de urgencia de los niveles de alta, mediana y baja complejidad y de la APS, que establece, entre otros puntos, la necesidad de registrar la categorización de los pacientes evaluados en el selector de demanda respectivo de los establecimientos que cuentan con esta estrategia en el dato de atención de urgencia, ya sea en papel o en formato electrónico.

Si bien el SD es un elemento que surge para las UEH, la ejecución de la categorización se ha extendido a los componentes de menor complejidad, como SAPU y SUR. Ello es consistente con los objetivos de la RdU, donde la oportunidad de atención debe ser prioridad.

### **Unidades de Emergencia Hospitalaria**

El hospital es un establecimiento destinado a proveer prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de personas enfermas y colaborar en las actividades de fomento y protección, mediante acciones ambulatorias o de atención cerrada. Las Unidades de Emergencia Hospitalaria surgen, prácticamente, junto con los hospitales.

Los hospitales se clasifican en establecimientos de alta, mediana o baja complejidad, de acuerdo a su capacidad resolutiva, determinada sobre la base del análisis conjunto de los siguientes criterios:

- Función del hospital dentro de la red asistencial.
- Si el hospital cuenta con servicios de apoyo diagnósticos - terapéuticos y cuál es el nivel de resolutividad, disponibilidad de recurso humano, equipamiento, horarios de atención y procedimientos o exámenes que realizan en estos servicios de apoyo.
- Grado de especialización de sus recursos humanos<sup>34</sup>.

La UEH es un servicio o unidad clínica más del hospital, formando parte del conjunto de servicios hospitalarios, por tanto, la complejidad de las atenciones que en ella se realizan depende de la complejidad misma del hospital que las ampara, ya que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos susceptibles de ser implementados en la unidad dependen del nivel de desarrollo de los otros servicios hospitalarios.

**Tabla 2.3: Urgencia de Hospitales según complejidad (extracto)**

	Alta Complejidad	Mediana Complejidad	Baja Complejidad
Urgencia adulto	Atención de urgencia adulto por médico especialista residente,	Atención de urgencia adulto y pediátrica por médico general o	Atención de urgencia de tipo generalista para la estabilización

<sup>34</sup> MINSAL, Norma General Técnica N° 0150, sobre criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios.

	Alta Complejidad	Mediana Complejidad	Baja Complejidad
	que puede ser urgencólogo, cirujano, internista, traumatólogo, según demanda y disponibilidad de recurso. Puede tener especialista en llamada.	especialista residente, que puede ser cirujano, internista, pediatra, traumatólogo, dependiendo del nivel de cuidados entregados, de la demanda y disponibilidad de recurso.	con médico residente en horario hábil y de llamada en horario no hábil.
<b>Urgencia pediátrica</b>	Atención de urgencia pediátrica según demanda y disponibilidad del recurso	Atención de urgencia pediátrica por médico general y/o especialista, según demanda y disponibilidad del recurso y dependiendo del nivel de cuidados que el establecimiento entrega	Atención de urgencia de tipo generalista para la estabilización con médico residente en horario hábil y de llamada en horario no hábil.
<b>Urgencia obstétrica</b>	Urgencia Maternal con médico especialista de turno. Atención de parto normal y cesárea.	Urgencia maternal con médico especialista de turno, según demanda.	Atención en urgencia general y derivación a la especialidad.
<b>Urgencia psiquiátrica</b>	Atención en urgencia general y derivación a la especialidad.	Atención en urgencia general y derivación a la especialidad.	Atención en urgencia general y derivación a la especialidad.
<b>Urgencia dental</b>	Puede o no contar con odontólogo de turno o de llamada e infraestructura específica para la atención, dependiendo de la definición de la Red Asistencial en la que se encuentra el establecimiento, la cual puede incorporar los SAPU Dental para las urgencias dentales.	Puede contar con odontólogo de llamada utilizando la infraestructura existente para la atención abierta de esta especialidad, la que se encuentra en el establecimiento, la Red Asistencial en la que se encuentra el establecimiento, puede incorporar los SAPU Dental para las urgencia dentales.	Atención en urgencia general y derivación.

Fuente: Ministerio de Salud, Norma General Técnica N° 0150, sobre criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios, del 14 junio 2013.

En cuanto al recurso humano, los roles habituales en los servicios de urgencia son:

- **Jefe de Unidad de Emergencia:** dependiendo del tamaño y complejidad de la urgencia, es posible encontrar 1 ó más jefes de unidad, en caso de que la urgencia Ginecobstétrica se encuentre separada de la urgencia tradicional o funcione como una entidad independiente, situación que suele darse en los hospitales base<sup>35</sup> de cada SdS y que cuentan con maternidad dentro de sus dependencias.

Dentro de sus funciones se encuentran conformar los equipos de trabajo de la unidad; definir objetivos y velar por el cumplimiento de estos; negociar con la dirección del establecimiento objetivos, metas y presupuesto; evaluar periódicamente tanto los procesos como los resultados de la gestión de la unidad. En el caso de las funciones de tipo operativas, las más frecuentes son: Programar, organizar, ejecutar, evaluar las diferentes actividades de la unidad; solicitar, mantener y controlar stock de insumos; elaborar, difundir y fiscalizar las normas y reglamentos; elaborar y ejecutar programas de educación para el personal; disponer un óptimo aprovechamiento del RRHH.

<sup>35</sup> Hospital base es el más complejo del Servicio de Salud, encabeza la red de red de referencia donde deben ser derivados los casos más graves.

• Médico Tratante: este rol puede ser cumplido por médicos generales con o sin experiencia previa en la atención de urgencia; especialistas de las 4 especialidades básicas, es decir, pediatras, ginecobiobstetras, internistas o cirujanos; otros especialistas de alta demanda en las unidades de emergencia como traumatólogos, neurocirujanos e incluso psiquiatra, según el tamaño y complejidad de las unidades, así como también según definiciones propias de las respectivas redes asistenciales. A esto debe agregarse la existencia de anestesistas, principalmente en las unidades de emergencia de mayor complejidad. Cumplen su tarea en el formato de turnos rotativos en diferentes esquemas que varían según el establecimiento. Dentro de este grupo de profesionales, uno de ellos cumple el rol de jefe de turno, quien es el responsable de la coordinación del equipo a su cargo y de transmitir las orientaciones definidas por la dirección del establecimiento y el jefe de unidad. A su vez, en los casos de hospitales de mediana o baja complejidad, suele ser el responsable de toda la actividad hospitalaria en horario no hábil durante la ejecución de su turno.

Algunas de sus funciones son realizar funciones de médico tratante de su respectiva especialidad (si la tuviera), cumplir las orientaciones encomendadas por el jefe de urgencia o jefe de turno; atender a los pacientes hospitalizados que presenten alguna situación de urgencia y realizar los procedimientos y/o intervenciones que correspondan; actualizar sus conocimientos en forma continua; registrar adecuadamente las prestaciones realizadas; colaborar en los programas de pre y post grado de las carreras de la salud, de acuerdo a los convenios docentes asistenciales vigentes; dar cumplimiento a su rotativa de turnos en la UEH y cumplir con los horarios establecidos; permanencia responsable en su puesto de trabajo y entregar una adecuada atención a los usuarios y sus familiares.

• Enfermera Supervisora: su rol es organizar, dirigir, programar, controlar y evaluar la atención de enfermería del Servicio de Urgencia. En el caso de las unidades de urgencia existentes en las maternidades de los hospitales, este rol es realizado habitualmente por una matrona o matrón. Sus principales funciones son asignar tareas específicas al equipo de enfermería de la unidad y al personal de apoyo relacionado con la atención de enfermería de pacientes; supervisar el Plan de Atención de Enfermería y auditar periódicamente los registros de dicha atención; coordinar las acciones de enfermería con otras unidades o servicios del establecimiento; supervisar los requerimientos de insumos y materiales necesarios para la atención de enfermería, definidos en conjunto con enfermera clínica y/o enfermera coordinadora del establecimiento; asesorar al Jefe del Servicio Clínico en materias de enfermería; coordinar la atención de enfermería las 24 horas en la unidad de urgencia; efectuar reuniones con enfermeras clínicas, en relación con la gestión de su competencia; colaborar con los programas y subprogramas de vigilancia epidemiológica; colaborar con la subdirectora de enfermería (o equivalente) en la elaboración, mantenimiento actualización y difusión de las normas asistenciales y administrativas de enfermería, como igualmente, de los programas de evaluación, supervisión y control.

• Enfermera Clínica: su rol es planear, ejecutar, controlar y evaluar el cuidado de los pacientes con participación del equipo de enfermería, aplicando el proceso de atención de enfermería para satisfacer sus necesidades básicas y los derivados del diagnóstico

y tratamiento médico. Cumplen su tarea en formato de turno, con distintos esquemas según definiciones propias de cada establecimiento o red asistencial.

Sus principales funciones son: programar, organizar, dirigir, coordinar, controlar y evaluar la atención de los pacientes proporcionada por el personal de enfermería de su dependencia; planear, ejecutar, controlar y evaluar el cuidado de los pacientes en participación del equipo de enfermería, aplicando el proceso de atención de enfermería para satisfacer sus necesidades básicas y los derivados del diagnóstico y tratamiento médico; realizar ingreso del paciente y darle las indicaciones de enfermería al alta; mantener la observación de los pacientes y el control de su evolución, informando oportunamente de variaciones de su estado o emergencia que se produzcan, a quien corresponda; registrar la atención de enfermería; supervisar el trabajo del personal técnico paramédico de su dependencia; atender consultas de público y familiares; mantener la existencia y controlar el uso de equipos, materiales o insumos; colaborar en la aplicación de los programas de vigilancia epidemiológica; participar en la elaboración y ejecución de programas de orientación y de educación continua de personal de enfermería; Colaborar en los programas docentes asistenciales de existir; supervisar la atención de enfermería otorgada por el personal técnico paramédico y auxiliar; liderar el equipo de enfermería asignado y dar cumplimiento a la rotativa de turnos asignada y cumplir el horario y asignado.

- Técnicos Paramédicos: su rol es cumplir con la atención directa de enfermería en procedimientos básicos de aseo confort de pacientes, administrar de medicamentos por vía oral o intramuscular a los pacientes de la unidad colaborar con la enfermera y médicos en examen físico y procedimientos que se realicen a los pacientes. Cumplen sus tareas en formato de turnos rotativos en distintos esquemas según definiciones de cada establecimiento.
- Técnico Paramédico Categorización de Urgencia: su labor es similar a la descrita en el punto anterior, a lo que se suma la responsabilidad de realizar el triage o categorización de los pacientes que consultan por atención en el servicio de urgencia. Dependiendo del tamaño y complejidad de éste, cuenta con supervisión directa o indirecta de enfermería que realiza sus funciones en el mismo selector de demanda.
- Auxiliar de Apoyo: su rol es apoyar las tareas de enfermería en funciones de coordinación con servicios de apoyo y confort del paciente. Además, debe ayudar en el control y cuidado de la ropa, equipos e insumos. Al igual que el resto del personal, cumple su labor en turnos rotativos.
- Secretaria: habitualmente desarrolla su labor en horario hábil gestionando las actividades administrativas de la unidad de urgencia.
- Personal de Admisión: su labor es realizar la admisión administrativa de los pacientes que consultan por atención en las UEH. Habitualmente dependen del Servicio de Orientación Médica Estadística (SOME) del establecimiento, realizando generalmente el primer contacto del paciente con la red de atención de urgencia. Cumplen su labor en turnos rotativos.

## **Unidad de Gestión Centralizada de Camas**<sup>36</sup>

Si bien no es una unidad clínica propiamente tal, es un elemento estratégico dentro de la RdU pues permite tener información sobre la disponibilidad de camas críticas, escasas y necesarias, que son las que permiten la sobrevida de los pacientes con las urgencias más graves. Su gestión de camas trasciende a la RdU, puesto que resuelve las necesidades de este bien para todos los servicios clínicos del hospital, no solo para la urgencia.

Inicia su funcionamiento durante el año 2009<sup>37</sup> y tiene información actualizada de la cantidad de camas críticas públicas y privadas en convenio en oferta para ser ocupadas por hospitales que no cuentan con el recurso (sea por ocupación total de su servicio o ausencia de este). Así mismo se puede solicitar el traslado de pacientes que están en una cama crítica del hospital solicitante ante la necesidad de otros recursos técnicos o humanos, o una especialidad específica que el paciente requiera que no se pueda brindar en el hospital donde se encuentra el paciente.

La UGCC, depende de la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA), está liderada por una enfermera, quien actúa como coordinadora de la unidad. A su cargo se encuentra un estamento administrativo, y un Call Center (plataforma de Salud Responde), compuesto por 30 personas (aproximadamente), médicos, enfermeras, matronas, distribuidos en turnos de 10 personas. Realizan turnos 24 horas los 7 días de la semana. Este equipo atiende directamente las solicitudes de camas y realiza las derivaciones o autorizaciones para la permanencia o traslado de pacientes entre el sector público y el privado. Reporta directamente a la Coordinadora.

Existe un referente de gestión de cama a nivel de cada SdS, quien cumple la función de nexo entre los hospitales de la red y la UGCC, siendo el responsable del funcionamiento de su red en los flujos de derivación y monitoreo de los trasladados realizados o recibidos por establecimientos de la red asistencial.

El encargado de macro región de la UGCC por su parte, debe supervisar el funcionamiento de la gestión de camas en el territorio asignado. Debe apoyar y orientar a los Servicios de Salud y hospitales de su dependencia, generar reportes de gestión, apoyar en la toma de decisiones y definir estrategias para la óptima gestión del recurso cama.

Finalmente, en el nivel ministerial existe el rol de la UGCC del Ministerio de Salud (MINSAL), quien debe supervisar el funcionamiento global, en los distintos niveles de ejecución, de hospitales y Servicios de Salud, en relación a la gestión de camas, y en especial, monitorear diariamente la situación de la red de UEH del país. También es responsable de realizar un análisis de la utilización de las camas críticas, supervisar los pacientes derivados y mantener coordinación directa con distintos interlocutores a nivel ministerial, así como también con prestadores privados y FONASA, entre otros. Interviene en resolución de casos complejos y participa en situaciones de emergencia y catástrofe.

## **Unidad de Paciente Crítico**

---

<sup>36</sup> Manual de funcionamiento de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas, UGCC, 2012. MINSAL.

<sup>37</sup> Protocolo de derivación rescate y seguimiento de pacientes, Hospital de Linares.

Este componente cuenta con una compleja tecnificación, con personal altamente entrenado para soporte vital, y atiende pacientes cuya gravedad y riesgo vital hace inviable su estadía en una cama hospitalaria básica.

Se encuentra en los hospitales de alta y mediana complejidad y acceden a esta unidad pacientes en situación de inestabilidad y/o riesgo vital, derivadas por orden médica desde servicios clínicos del mismo hospital como: urgencia, pabellón, cirugía, medicina, maternidad, pediatría, entre otros, o desde servicios clínicos de otros hospitales.

Las Unidades de Paciente Crítico son el punto de salida para algunas de las atenciones que se brindan en el servicio de urgencia, para las más complejas y con mayor riesgo vital.

Para efectos prácticos y de recursos la UPC se divide en:

- La unidad de cuidados intermedios (UTI) está destinada al manejo de pacientes críticos estables que requieren para su cuidados de monitoreo no invasivo, vigilancia médica y cuidados de enfermería permanente.
- La unidad de cuidados intensivos (UCI) está destinada al manejo de pacientes críticos inestables que requieren para su cuidado de apoyo hemodinámico, ventilación mecánica, monitoreo continuo con tecnología de alta complejidad, vigilancia médica y cuidados de enfermería permanente<sup>38</sup>.

Las UPC se clasifican según el tipo de pacientes que atienden: adultos para los mayores de 15 años, pediátricas para pacientes desde los 28 días y menores de 15 años y neonatológica para pacientes recién nacidos hasta los 28 días de vida.

El número de camas y tipo de camas de intermedio e intensivos que contarán los hospitales de la región serán determinados por el gestor de red y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, considerando variables como la demanda, desarrollo de unidades de apoyo que tiene el recinto hospitalario y la sustentabilidad financiera<sup>39</sup>.

Es importante mencionar que las camas críticas no son de exclusivo uso del servicio de urgencia; su uso está determinado por la inestabilidad clínica del paciente, vale decir, las fuentes potenciales de usuarios de camas críticas están tanto en el servicio de urgencia, como en pabellones de cirugía, pacientes que se complican durante su estadía dentro del hospital, entre otros.

Las camas críticas **son 2.479 para** el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) en el año 2013<sup>40</sup>, y pueden significar la diferencia entre la recuperación o no de un paciente. Es por ello que tienen una gestión externa y centralizada en la UGCC, que como se mencionó, gestiona la demanda y asigna el recurso por necesidad.

Es importante señalar que la utilización de camas existente en los hospitales varía según la complejidad de este último.

---

<sup>38</sup> Revista Chilena de Medicina Intensiva, 2004; volumen 19(4):209-223.

<sup>39</sup> Rol de los Hospitales, CIRA, Red Asistencial, Servicio de Salud Maule, 2009.

<sup>40</sup> REM 20, DEIS MINSAL, 2013.

### Gestión de camas en hospitales de baja complejidad (comunitario de salud familiar)

- UEH: corresponde a la UEH de menor complejidad existente en las redes de salud. Dado el carácter de estos establecimientos, salvo excepciones, la atención entregada no dista mucho de la otorgada por los SAPU y SUR. La diferencia viene dada por la disponibilidad de unidades de apoyo de exámenes básicos, rayos y en algunos casos telemedicina, con que cuentan las UEH de baja complejidad al menos en horario hábil. Ubicados principalmente en lugares de alta ruralidad y zonas extremas, permiten entregar atención de salud básica a la población residente en su territorio.

En horario hábil la atención es entregada por el médico en etapa de destinación y formación (EDF), quien evalúa el paciente, define las indicaciones para la ejecución por el equipo de enfermería, que suele estar formado por 1 enfermera y personal paramédico de apoyo.

No existe atención permanente en estas unidades de emergencia, ya que no cuentan con residencia médica, por lo que en horario no hábil la evaluación clínica inicial es realizada por personal paramédico, quien contacta al médico para que concurra a la unidad para evaluar al paciente (médico de llamada) y lograr la estabilización del paciente si así se requiere. Si la estabilización en el centro no es posible, el paciente es derivado a una UEH de mayor complejidad. La jefatura de la unidad suele ser ejercida por uno de los médicos EDF.

- Gestión de camas: en estos establecimientos la función de gestor local de camas, la realiza una enfermera o matrona dentro del resto de las labores de enfermería habitual. Solo está disponible en horario hábil, siendo de responsabilidad del médico de llamada la gestión del recurso cama durante el horario no hábil.
- UPC: dado su carácter de baja complejidad, estos establecimientos no cuentan con camas críticas.

### Gestión de camas en hospitales de mediana complejidad

- UEH: estas unidades de emergencia, son de complejidad intermedia, cumpliendo el rol de cabeza de microárea o subred dentro del territorio de un SdS. Esta definición territorial suele estar relacionada directamente con la distribución provincial del área respectiva, ubicados habitualmente en la capital provincial.

Cuentan con atención médica de urgencia las 24 horas del día, ya que cuentan con residencia médica que suele compartirse con el resto de los servicios clínicos del hospital. Suelen ser urgencias indiferenciadas, por lo que se atienden pacientes pediátricos, adultos y eventualmente ginecobstetricia, si existe el recurso humano adecuado.

El staff de la UEH considera un jefe de servicio, médicos generales y médicos en Etapa de Destinación y Formación (EDF<sup>41</sup>). Ocasionalmente se cuenta con médicos especialistas que cumplen algunos de los turnos o realizan refuerzos en periodos de mayor demanda. Cuentan con 1 a 3 médicos en turnos rotativos, en distintos formatos (12 horas 2 veces por semana, 24 horas 1 vez a la semana más turnos de fin de semana definidos localmente según requerimiento local). Respecto al staff de enfermería cuentan generalmente con una enfermera coordinadora de urgencia en horario hábil, más 1 ó 2 enfermeras más en cuarto turno. A esto puede agregarse una matrona en cuarto turno si hay atención ginecobiobstetricia básica, o 2 en el mismo esquema de trabajo si se realiza atención de parto en la UEH respectiva. Parto quirúrgico si cuentan con especialista apropiado. Cuentan además con 4 o más TENS en cuarto turno con refuerzo diurno, en especial en los periodos de mayor demanda asistencial.

Considerando el nivel de complejidad de la atención otorgada, es factible entregar atención de urgencia de nivel intermedio, lo que permite resolver una gama más amplia de consultas de urgencia.

Los servicios de apoyo incluyen radiología osteopulmonar y dependiendo de la disponibilidad, eventualmente TAC. También cuentan con laboratorio de mayor complejidad.

- Gestión de camas: habitualmente cuentan con una enfermera encargada de gestionar las camas del hospital en horario diurno. Puede haber refuerzo en periodos de mayor demanda. En horario no hábil, esta función es cubierta por el personal de enfermería de turno.
- UPC: los establecimientos de este nivel de complejidad, cuentan con camas críticas en su modalidad de tratamiento intermedio.

#### Gestión de camas hospitalares de alta complejidad

- UEH: cuentan con atención médica las 24 horas del día y un equipo profesional de alta especialización. Es una unidad al interior del hospital con una jefatura de unidad. Los equipos médicos se organizan a través de sistemas de turnos con jefes de turno, más los médicos residentes que suelen ser especialistas. Puede haber atención de psiquiatría según demanda y disponibilidad. Pueden disponer de especialistas de llamada en ciertas especialidades o subespecialidades. Existe una enfermera jefa o coordinadora de la unidad de emergencia, quien es la responsable del staff de enfermería quienes se distribuyen habitualmente en cuarto turno, más refuerzo en horario diurno en periodos de mayor demanda asistencial. A esto se agrega el staff de TENS, quienes en proporción de 3 o 4 por enfermera, forman parte del equipo de enfermería, con refuerzos según demanda o requerimientos de especialidades

---

<sup>41</sup> Médico EDF: Etapa de Destinación y Formación, es un programa de destinación de médicos recién egresados a zonas donde existe déficit de médicos. Se les otorga por este servicio un puntaje que les sirve para postular a especialización (programa gubernamental) cuando completen 1 o 2 períodos de 3 años sirviendo en la zona asignada.

específicas como traumatología. Habitualmente disponen de UEH diferenciadas por lo que solo atienden pacientes según su especialidad (infantil, adulto u obstetricia).

Disponen de servicios de apoyo completo las 24 horas del día, los que pueden reforzarse con especialistas de llamada quienes pueden realizar procedimientos diagnóstico-terapéuticos como endoscopías, entre otros.

- Gestión de camas críticas: en el caso de los hospitales de alta complejidad, la UGC local está compuesta por una enfermera o matrona jefa de unidad, con un equipo de enfermeras y/o matronas que permite conformar un equipo de trabajo para dar cobertura las 24 horas del día. Esto permite mantener la información sobre disponibilidad de camas al día para las respectivas redes.
- UPC<sup>42</sup>, corresponden a las unidades de mayor complejidad de las redes respectivas y, en general, disponen de camas críticas para todo tipo de paciente.

El equipo médico de una UPC está formado por un médico jefe con al menos 33 horas de contrato, quien es responsable de la planificación, coordinación y supervisión técnica y administrativa. Debe tener alguna especialidad básica y especialización en medicina intensiva. Depende directamente del Subdirector Médico del establecimiento respectivo. A su vez, tendrá a su cargo el equipo médico de residentes quienes cumplirán turnos para asegurar la atención médica 24 horas al día. El equipo profesional que se desempeña en una UPC es de la mayor especialidad con la que cuenta el recinto, esto es válido para médicos, enfermeras y técnicos de enfermería.

### **Servicio de Atención de Urgencia Diferida**

Surgen en el año 2010 como respuesta a la demanda de atención de aquellos enfermos que consultan a las unidades de emergencia de mayor complejidad y son categorizados como C4 y C5. Estos pacientes que por su gravedad no requieren de atención prioritaria, contribuyen de manera importante a congestionar las salas de espera de las UEH.

**Tabla 2.4: Ejemplo de número y porcentaje de categorizaciones efectuadas en las UEH de alta complejidad, Año 2012<sup>43</sup>**

Categorías de pacientes	Número de categorizaciones de pacientes	Porcentaje de atención según categorización de pacientes
C1	21.778	0,5%
C2	283.012	6,6%
C3	1.723.894	40,2%
C4	1.839.700	42,9%

<sup>42</sup> Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. Dr. Enzo Sáez. Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2004; Vol 19 (4): 209 – 223.

<sup>43</sup> Se hace referencia al año 2012 y no a otro más reciente porque el desarrollo del componente SAUD surge en base a las estadísticas de categorización de esos años (2011-2012).

Categorías de pacientes	Número de categorizaciones de pacientes	Porcentaje de atención según categorización de pacientes
C5	421.505	9,8%
<b>Total</b>	<b>4.289.889</b>	<b>100,0%</b>
<i>Sub total C4 y C5</i>	<i>2.261.205</i>	<i>52,7%</i>
<i>Sub total C1, C2 y C3</i>	<i>2.028.684</i>	<i>47,3%</i>

Fuente: Balance de Gestión Integral, MINSAL 2012.

Como se ve en la tabla anterior, más de la mitad de las urgencias atendidas en unidades de alta complejidad no son pertinentes (es decir C4-C5) y son el sustrato del SAUD. Este componente de la RdU da respuesta a los pacientes categorizados C4 y C5, haciendo que las esperas que ellos deben soportar se reduzcan sustancialmente, con ello mejora la satisfacción usuaria de los consultantes a los servicios de urgencia. Por otra parte descongestionan las Unidades de Emergencia y reducen la carga asistencial de las mismas.

Las metas de los SAUD son aumentar la satisfacción usuaria, educar a la población en la pertinencia de sus consultas, disminuir los pacientes en espera en los salas de admisión a urgencia y asegurar acceso y oportunidad de la atención<sup>44</sup>.

Los SAUD se encuentran en un área diferenciada pero cercana a las UEH. En términos de estructura física son de carácter modular, del tipo container. Estos servicios funcionan con recursos humanos propios contratados en base a honorarios a saber un médico, una enfermera, un paramédico, un auxiliar y un profesional que vincule a los pacientes desde el selector de demanda hasta el SAUD.

Atienden por al menos 8 horas diarias en horario punta, es decir en el horario en el que históricamente se registra la mayor afluencia de público en la UEH a la que se encuentra asociado. Dado que están orientados a resolver problemas de salud de baja complejidad, su recurso técnico y físico es similar en todos los SAUD instaurados.

El flujograma del paciente que llega al SAUD está descrito en la siguiente lista<sup>45</sup>.

1. Ingreso del paciente al selector de demanda, siendo categorizado C4-C5.
2. Derivación a SAUD.
3. Personal de enlace informa al paciente donde será atendido y lo escolta.
4. El paciente es atendido por los profesionales del SAUD.
5. Se educa al paciente respecto al lugar donde consultar sus urgencias que tengan poca complejidad.
6. Se da de alta al paciente a su domicilio.

Para seleccionar los establecimientos que se verían beneficiados inicialmente de la estrategia SAUD se utilizaron varios criterios, entre ellos el total de consultas realizadas en los servicios de urgencia de alta complejidad. Se priorizó a las UEH que contaran con más del 30% de consultantes categorizados C4.

<sup>44</sup> Proyecto de Servicio de Atención de Urgencia Diferida SAUD, MINSAL 2012.

<sup>45</sup> Servicio de Atención de Urgencia Diferida del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.

Para el año 2014 se suspendió el financiamiento para los SAUD, el que provenía del nivel central a través de los Servicios de Salud. Las razones de esta decisión estarían relacionadas con la falta de continuidad de la atención que sufren los pacientes que son derivados a un SAUD, que consultan en un lugar físico distinto al que son atendidos finalmente.

Cabe señalar además, por razones de demanda, se observó que pacientes C4 y C5 que eran derivados a SAUD, recibían una atención más rápida que pacientes C3. Esto se explica por el déficit de camas hospitalarias, que impide un flujo adecuado de los pacientes que consultan a urgencias, quienes requieran hospitalización y no la obtengan oportunamente, ocuparan por más tiempo del requerido una camilla de atención de urgencia, retrasando la atención de otros pacientes, por ejemplo los C3 que son pertinentes en una UEH. El resultado final es que la derivación de los C4 y C5 a un SAUD, permite que estos sean atendidos antes que los C3 que deben esperar que se desocupe una camilla en la UEH<sup>46</sup>.

Como una forma de dar un nuevo ímpetu a la urgencia durante el año 2014 se desarrollan los SAR. Los SAR o Servicios de Urgencia de Alta Resolutividad, constituyen una nueva estrategia para disminuir la consulta no pertinente a unidades de emergencia de mayor complejidad. Los SAR tienen equipamiento y tecnología para el desarrollo de exámenes rápidos y radiografías, lo cual permite una mayor resolutividad, toda vez que se limitan las derivaciones a centros más complejos solo para la toma de un examen, y no necesariamente por que el paciente tenga la gravedad que amerite una intervención más complicada. Se estima que los SAR permitirán que los pacientes puedan ser resueltos con mayor celeridad y sin el peregrinaje que significa asistir a la UEH, ser categorizado como C4-C5 y ser derivado a los SAUD. Esta estrategia apunta a descongestionar de manera más efectiva las UEH y dar solución en tiempos más breves a las urgencias de los pacientes.

Dado que esta investigación aborda los sucesos en la RdU hasta el año 2013, servirá, entre otros, para dar una perspectiva de base previa a la puesta en marcha de esta nueva estrategia de atención de urgencia.

### **Servicio de Atención Médica de Urgencia**

Corresponde al componente a cargo de la atención de urgencia especializada pre hospitalaria o extramural que se brinda a él o los individuos una vez detectado el evento clínico en la vía pública o comunidad, hasta que es derivado, trasladado y recibido en el centro asistencial más cercano.

Su funcionamiento está orientado para entregar la prestación de urgencia que asegure la estabilidad anatómica y fisiológica del paciente, en el lugar del evento y durante el traslado al hospital. Es la atención que se otorga desde que se comunica el evento que amenaza la salud, hasta que el o los pacientes son admitidos en el servicio de urgencia cuya capacidad resolutiva sea la adecuada. Se constituye así en el eje coordinador de los demás componentes de la RdU<sup>47</sup>.

El SAMU está conformado por:

---

<sup>46</sup> Obtenido del relato de los jefes de urgencia en las entrevistas en terreno.

<sup>47</sup> Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia, (SAMU). MINSAL. Año 2005.

- a. Centros Reguladores que reciben, analizan y orientan la resolución de las llamadas a través del despacho de móviles u orientación médica según sea el caso.
- b. Bases que corresponden a la unidad operativa de los Centros Reguladores, que cuentan con espacio físico para acoger a los móviles y sus respectivas tripulaciones.
- c. Ambulancias con distinto tipo de equipamiento según se describe a continuación:
  - i. Ambulancias Básicas (M1), con equipamiento básico para el transporte de pacientes que no tienen compromiso vital. La tripulación consta de un conductor y un técnico paramédico.
  - ii. Ambulancias Avanzadas (M2 o M3), incluyendo equipamiento avanzado para el transporte de pacientes con compromiso vital. La tripulación debe estar compuesta por 3 miembros dentro de los que se cuentan: el conductor, técnicos paramédicos, profesionales reanimadores y/o médico, según la necesidad y disponibilidad de ellos, siempre en un tandem de a 3.

Su objetivo es lograr la optimización de los tiempos de respuesta y cobertura a nivel nacional frente a situaciones de emergencia médica mediante una plataforma de atención permanente y continua con alcance nacional. En este tipo de atención, la variable tiempo constituye un factor crítico para evitar daño irrecuperable o la muerte del paciente o grupo de pacientes afectados. Cabe destacar que este servicio no distingue entre beneficiarios (modalidad de seguro de salud) en lo que respecta a la atención inmediata de urgencia, pero sí en lo relativo a los traslados secundarios, entendiéndose por éstos el traslado de pacientes hospitalizados en los hospitales públicos que deban ser derivados hacia otros centros de la Red, o el rescate de pacientes desde centros privados hacia centros de la red pública. Este traslado secundario es factible de realizar solo a pacientes beneficiarios del sistema público de salud.

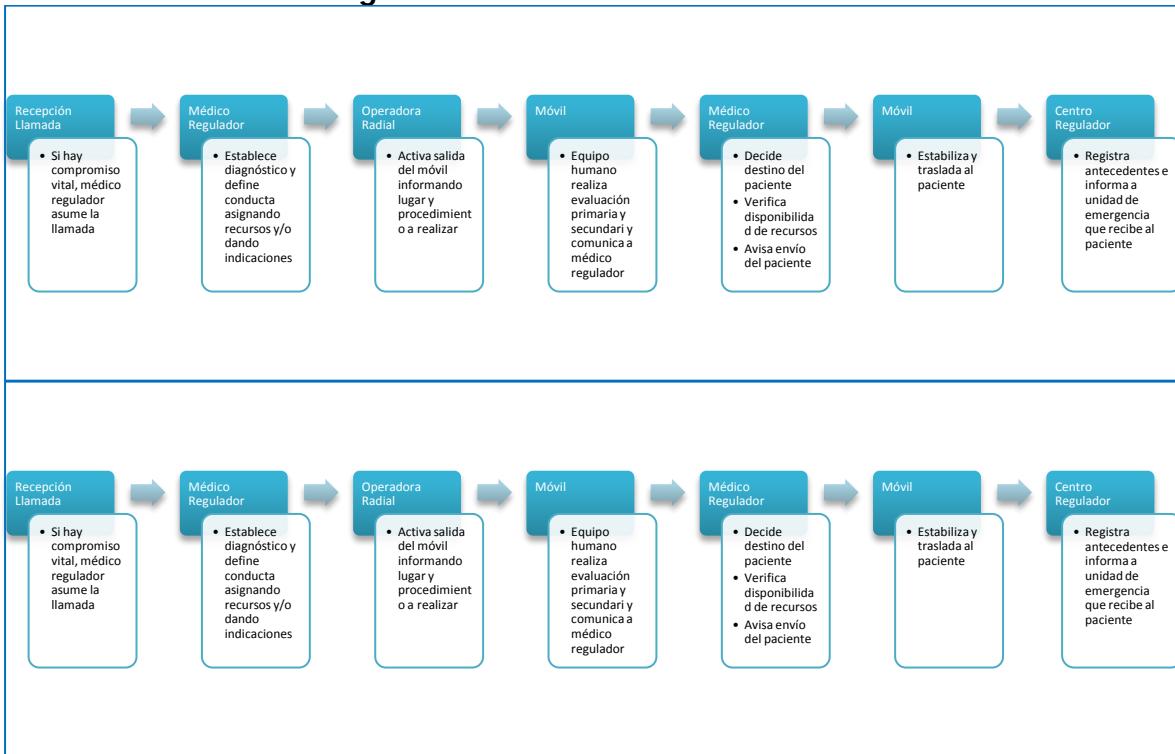
El modelo de atención del SAMU fusiona las dos formas clásicas de provisión de cuidados: provee prestaciones en el lugar de la escena que permitan estabilizar al paciente y provee el transporte rápido a un servicio de urgencia de un hospital, a lo que se adiciona la transferencia de pacientes críticos de un centro hospitalario a otro.

El sistema otorga los siguientes servicios:

- a. Atención de urgencia médica y profesional en la vía pública, comunidad y traslado a un centro asistencial.
- b. Orientación sanitaria y regulación médica desde el centro regulador.
- c. Traslados de pacientes críticos entre establecimientos de salud.

La organización y ejecución de la Atención pre Hospitalaria por parte del SAMU se respalda en las leyes N° 18.469 y N° 2.763, en la Resolución 520 de la Contraloría General de la República, el Decreto Supremo 395 y en las Normas N°12 y N°17. La transferencia de pacientes críticos encuentra su respaldo en Reforma de Salud del año 2005, la cual define el funcionamiento en Red de los distintos Servicios de Salud entre sí y con el subsector privado.

**Figura 2.1: Procedimiento del SAMU**



Fuente: Norma General Técnica N° 17, sobre Sistema de Atención Médica de Urgencia. Ministerio de Salud. Año 2005. Reforzamiento red traslado paciente crítico y pre hospitalario. División de Gestión de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

#### Características:

- Cada SAMU tiene dos grandes áreas: el centro regulador y las bases (operativo).
- El funcionamiento del SAMU es similar a aquellos negocios de logística; su capacidad de cumplir con su función depende del tiempo de llegada y, por tanto, de la ubicación de las bases.
- El centro regulador (CR) tiene por objetivo de recibir y regular (filtrar) las solicitudes de ambulancia, aplicando criterios netamente clínicos. Así administra la salida de los móviles.
- La presencia de un médico entrega el respaldo legal a las intervenciones que los profesionales de la salud pueden ejecutar en la calle.
- Las bases albergan a una cantidad determinada de móviles básicos o avanzados (de rescate).

El diseño de este sistema puede considerar, en los casos en que la situación geográfica lo haga posible, la coordinación y complementación de dos o más Servicios de Salud para la atención de sus territorios o de las partes de éstos que puedan ser abarcadas conjuntamente, como una manera de obtener el uso más efectivo de los recursos disponibles y la más pronta y eficiente respuesta a la demanda.

En los centros reguladores el operador telefónico debe atender las llamadas y realizar un primer filtro, para que el médico atienda las llamadas relevantes estime la pertinencia de la urgencia, y según ello, determine el tipo de móvil que será despachado al sitio del suceso.

Por su parte en las ambulancias va personal con experiencia clínica de urgencia pre hospitalaria.

El mecanismo de financiamiento del SAMU corresponde a un pago por prestación institucional (PPI), según el precio arancel Modalidad de Atención Institucional (MAI) del FONASA.

**Tabla 2.5: Arancel MAI para traslados y rescates año 2015.**

Tipo de Rescate/Traslado	Precio en \$ 2015
Rescate simple y/o traslado en móvil 1 <sup>48</sup>	18.980
Rescate profesionalizado y/o traslado paciente complejo móvil 2	59.710
Rescate medicalizado y/o traslado paciente crítico en móvil 3	74.020
Traslado en ambulancia	2.600

Fuente: Arancel MAI 2015.

### II.1.3. Descripción general de la RdU

Las atenciones médicas brindadas en los servicios de urgencia tanto primarios como hospitalarios constituyen la puerta de entrada al sistema de salud en los casos de emergencias y en gran parte de las urgencias sin riesgo vital.

Según estadísticas del MINSAL la RdU contaría con:

**Tabla 2.6: Componentes de la RdU, año 2013<sup>49</sup>**

Componentes	Número
SAPU	265
SUR	147
UEH	187
SAUD	17
SAMU	
Centros Reguladores	18
Ambulancias avanzadas	82
Ambulancias básicas	180
UPC	2.479

Fuente: elaboración propia en bases a información DEIS MINSAL para el año 2013.

Esta Red se relaciona en forma muy general como se expone a continuación, haciendo la necesaria aclaración que cada Servicio tiene sus particularidades de funcionamiento que se

<sup>48</sup> Es el móvil tradicional que más que una ambulancia es un vehículo de traslado para pacientes sin complejidad. Los móviles 2 y 3 se refieren a los básicos y avanzados con profesionales entrenados en rescate.

<sup>49</sup> MINSAL Balance de gestión Integral, 2012.

ajustan a las características propias de su realidad, sin embargo de forma general los distintos elementos, componentes y estrategias de la RdU se relacionan funcionalmente de la forma que sigue:

La RdU está estructurada en niveles de complejidad creciente que enfrentan volúmenes de demanda decreciente. Es decir, los niveles menos complejos resuelven la mayor cantidad de las atenciones y derivan a niveles superiores lo que no pueden resolver. Esta estructura se repite para cada servicio, existiendo flujos limitados entre éstos a partir de la capacidad resolutiva de los mismos, es decir la cantidad de derivaciones a centros de complejidad superior son restringidas y dependen de lo que el centro de menor complejidad pueda resolver.

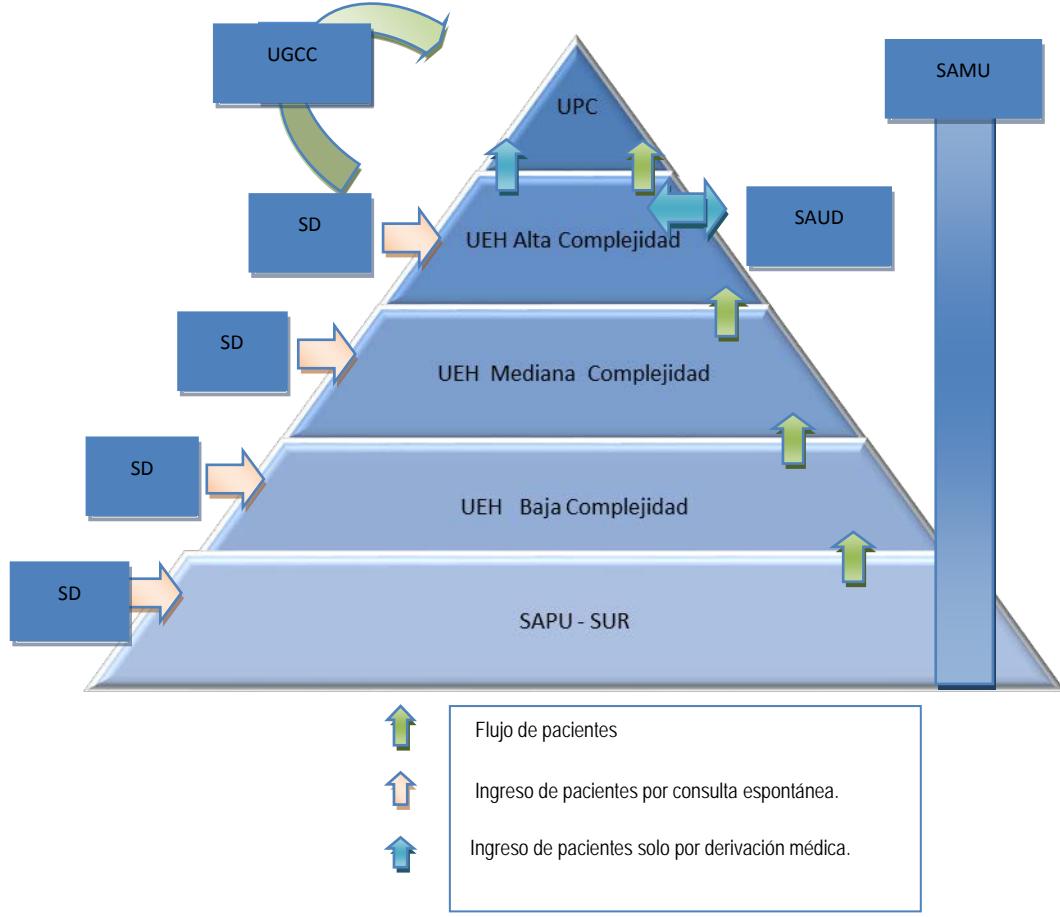
La Urgencia de la atención primaria (SAPU, SUR) recibe pacientes de todas las gravedades pero sólo puede resolver los de menor complejidad. Los casos más graves son derivados hacia centros de mayor complejidad (UEH) y como SAPU o SUR a estos establecimientos les compete dar soporte de estabilización a ese paciente para su traslado a la UEH del sector geográfico que le corresponda.

El ingreso a una UEH, de forma general, está precedido por el selector de demanda: un sistema de categorización que da prioridades de atención según la gravedad del paciente consultante. Hay pacientes que por su menor gravedad y porque su atención no demanda tecnología serán derivados para ser atendidos en otros centros de urgencia, como los SAUD. Cabe señalar que a la UEH no solo acceden pacientes derivados por SAPU o SUR, también hay consulta espontánea y directa de usuarios que no pasan por la APS.

Las camas críticas (fundamentales para la sobrevida de los pacientes más graves) son unidades pertenecientes a Hospitales de Alta Complejidad y algunos de Mediana Complejidad y su uso está sujeto primariamente a la existencia del recurso en el hospital donde se atienden las urgencias más graves y a la necesidad de la misma. En la mayoría de los hospitales que cuentan con esta unidad, el ingreso de un paciente está visado por el médico encargado de ésta, un especialista en soporte vital avanzado (Intensivista, por ejemplo).

Cuando el hospital no cuenta con el recurso de camas críticas sea por la carencia de la unidad o por saturación de la misma, y la necesidad de la cama es imprescindible, ésta se solicita a la UGCC, un elemento del sistema de Salud, que se encarga de conseguir la cama solicitada, sea en otros hospitales o en el sector privado. La gestión de las camas críticas por parte de la UGCC no se da solo para satisfacer las necesidades derivadas desde el servicio de urgencia, atiende los requerimientos de camas críticas de otros servicios como cirugía, medicina interna, entre otros.

**Figura 2.2: Flujo de pacientes en la RdU**



Fuente: elaboración propia

Como se ve en la figura, los usuarios pueden consultar libremente a la atención primaria de urgencia y a las UEH, incluso las de hospitales de alta complejidad. Para el ingreso de un paciente a las unidades críticas o a SAUD se requiere visación previa por parte de un profesional médico o el paso por la categorización, respectivamente. El SAMU cruza transversalmente a la red pues no solo realiza los actos de medicina pre hospitalaria sino que también funciona como medio de traslado de pacientes entre los diversos hospitales dentro la red, esta labor requiere ser autorizada por profesionales médicos y concordada en los centros reguladores.

## II.2. Muestra de establecimientos de la RdU

El objetivo general de la muestra de establecimientos fue desarrollar un mapa o descripción de los procesos críticos que se realizan para la atención de urgencia de cada uno de los ECE de la red y la evaluación desde el punto de vista de costos asociados a éstos. En particular, se pesquisará información en relación a los siguientes temas.

- Estructura organizacional de las unidades muestrales, en especial en lo referido a las urgencias.
- Flujo de recursos (económicos, físicos y humanos) al interior de la institución, en especial en lo referido a las urgencias.
- Proceso de producción de la unidad de urgencia y coordinación al interior de la red (referencia contra referencia y coordinación).
- Costos asociados a la producción de la unidad de urgencias.

Adicionalmente, en los establecimientos de la muestra, se recabará información que sea pertinente tanto para el mejoramiento del set de indicadores propuesto como para el cálculo de dichos indicadores. Específicamente, se buscará:

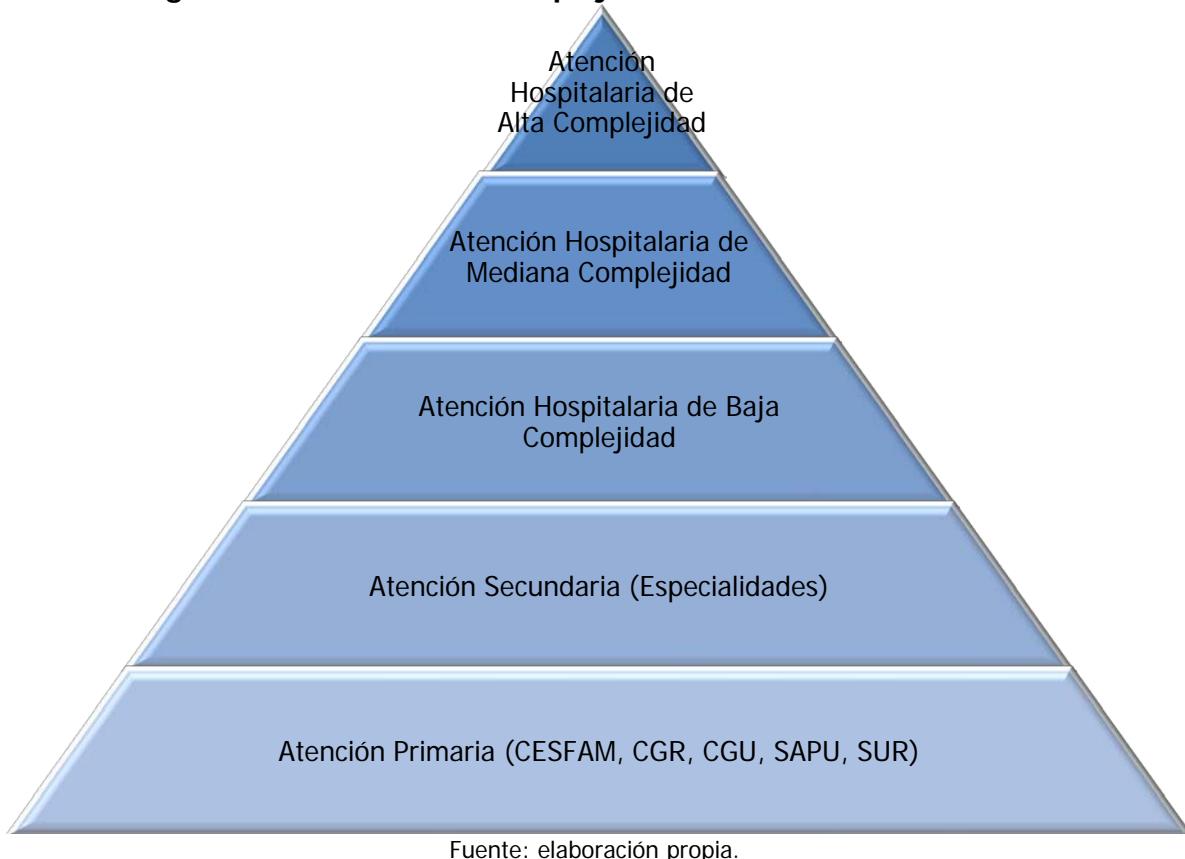
1. Evaluar factibilidad de los indicadores propuestos: al reunirse con las personas de las muestra, se verá, con los profesionales que están más cerca de la generación de los datos, si es posible o no calcular los indicadores propuestos.
2. Revisar los indicadores propuestos y los existentes: se indagará con los profesionales de la salud encargados su opinión acerca de la idoneidad de los indicadores actuales y los propuestos.
3. Investigar que indicadores adicionales a los actuales o propuestos pueden ser agregados al set definitivo de indicadores
4. Calcular los indicadores con la información existente en formato digital y proveniente de sistemas de información, recabada desde las entrevistas con los representantes de los establecimientos de la muestra.

### **II.2.1. Criterios de selección de las unidades muestrales**

La estructura de la muestra y, específicamente, las unidades muestrales fueron seleccionadas según los siguientes criterios:

**Red asistencial de complejidad creciente:** en general la atención de salud se organiza en torno a redes de complejidad creciente. Es así como, en la base de la red se ubica la APS, en segundo nivel la atención de especialidad o secundaria y en la cúspide la atención hospitalaria (que a su vez también se estructura por niveles de complejidad: baja, mediana y alta). Por su parte, la denominada RdU se hace presente en todos estos niveles.

**Figura 2.3: Pirámide de complejidades asistenciales de la RdU**



Fuente: elaboración propia.

**Unidad geográfica de la red:** según los términos de referencia de este estudio, el trabajo de campo del mismo se desarrollará en las regiones Sexta y Metropolitana. En la Región VI, el sistema público de salud se concentra en el SdS O'Higgins (SSO). Por su parte, en la RM se organiza en torno a seis Servicios de Salud (Central, Norte, Occidente, Oriente, Sur, Sur Oriente).

**Tamaño relativo de la red y unidades muestrales:** las instituciones tienen distintos tamaños en términos de la cantidad de atenciones que brindan a su población asignada. Según la literatura, existen economías de escala en la provisión de atenciones de salud, por lo tanto las instituciones que son capaces de brindar la mayor cantidad de atenciones, serían las de mayor eficiencia, presentando menores costos medios<sup>50</sup>, siendo el benchmarking para la comparación con el resto de las instituciones.

<sup>50</sup> Hospital Volumen and Health Outcomes, Costs and Patient Access. Effective Health Care, December 1996, volumen 2, number 8.

**Tabla 2.7: Características de los SdS de las regiones VI y Metropolitana**

Servicio de Salud	Región Metropolitana						VI Región
	Central	Norte	Occidente	Oriente	Sur	Sur Oriente	
Número de Atenciones de Urgencia	391.327	551.887	812.250	419.209	1.034.979	773.103	1.356.841
Participación Regional	9,9%	13,6%	20,5%	10,6%	26,1%	19,5%	100%

Fuente: DEIS MINSAL 2013.

### II.2.2. Unidades muestrales y muestra

Dado que este estudio se refiere al análisis de una Red, en este caso la RdU, la muestra seleccionada correspondió a un SdS de la RM (RM) y a una micro área funcional del SSO. La justificación del muestreo de un SdS y de una micro área funcional, y no de instituciones aisladas, radica en que la atención de salud, incluyendo las urgencias, se organiza en torno a redes de complejidad creciente, la que incluye instituciones de distintos niveles de complejidad. Por lo tanto, éste muestreo pretendió recabar información sobre las interrelaciones (asistenciales, administrativas y financieras) que se dan al interior de una red, así como las que se dan al interior de cada institución.

Especificamente la muestra:

- **Red de Atención del SdS Metropolitano Sur**, SSMS, seleccionada por ser el Servicio de Salud que otorga la mayor cantidad de atenciones de la región (1.034.979 atenciones de urgencia), representando un 26,1% del total de las atenciones de urgencia en hospitales de la RM<sup>51</sup>.
- **Micro área de Carretera de la Fruta del SdS O'Higgins**; es adecuada para su estudio por representar más del 50% de las atenciones de urgencia del SSO así como por lo completo de su Red, su ubicación, el manejo de la información y la tecnologización de sus recursos<sup>52 53</sup>.

#### Unidades muestrales del SdS Metropolitano Sur

A nivel hospitalario, la muestra consideró todos los hospitales pertenecientes al SSMS<sup>54</sup>. El muestreo de todos los hospitales garantizaba la mayor profundidad posible en el nivel de complejidad más alto de esta red. De esta manera, los instrumentos de recopilación de información en terreno fueron aplicados sobre:

1. Hospital Barros Luco Trudeau de San Miguel (Alta Complejidad).

<sup>51</sup> Registro de atenciones de urgencia DEIS MINSAL 2013.

<sup>52</sup> Aún más, durante los próximos meses, uno de sus establecimientos, el hospital de Rengo, iniciará el funcionamiento de camas UCI, completando la oferta de camas críticas iniciadas hace algún tiempo, a través de la incorporación a su cartera de prestaciones de manejo de Pacientes Intermedios.

<sup>53</sup> Basado en Opinión de Experto, Sr. Boris Moreno, Coordinador de la Red de Urgencia Regional de la VI Región, entrevista realizada en Abril de 2015. Ver Anexo 2.

<sup>54</sup> De la muestra se excluyó el Hospital Parroquial de San Bernardo, que a pesar de pertenecer al SSMS tiene un carácter de institución privada y no hospital público.

2. Hospital Dr. Exequiel González Cortés de Santiago y San Miguel (Alta complejidad Pediátrico).
3. Hospital El Pino de Santiago y San Bernardo (Alta Complejidad)
4. Hospital San Luis de Buin (Baja Complejidad).

Por su parte, los SAPU seleccionados fueron:

1. SAPU Dr. Juan Solórzano Obando de Pedro Aguirre Cerda (6,3% de las atenciones de urgencia de SAPU en el SSMS).
2. SAPU Padre Esteban Gumucio, La Granja (4,1% de las atenciones de urgencia de SAPU en el SSMS).
3. SAPU San Joaquín, San Joaquín (3,1% de las atenciones de urgencia de SAPU en el SSMS).

Entre los SAPU de la muestra se dispuso con uno de gran tamaño, en términos de cantidad de atenciones, Dr. Juan Solórzano Obando de Pedro Aguirre Cerda, uno de tamaño medio (Padre Esteban Gumucio) y uno de tamaño pequeño (San Joaquín). En opinión de experto<sup>55</sup>, los SAPU seleccionados eran aquellos con mejores posibilidades de contar con datos y con buena accesibilidad geográfica

Es importante señalar que no se seleccionaron establecimientos SUR para la RM ya que estaban contenidos en la muestra de la VI Región.

### **Unidades muestrales del SdS O'Higgins**

En el caso del SSO, la micro área seleccionada fue la Carretera de la Fruta que contemplaba un hospital de alta complejidad, uno de complejidad media y tres de baja complejidad, lo que garantizaba un muestreo en los distintos niveles de complejidad hospitalaria. De esta manera, los instrumentos de recopilación de información en terreno fueron aplicados sobre:

1. Hospital Regional de Rancagua (Alta Complejidad, otorgaba un 19,1% de las atenciones de urgencia en hospitales de la región).
2. Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez de Rengo (Complejidad Media, otorgaba un 11,1% de las atenciones de urgencia en hospitales de la región).
3. Hospital San Vicente de Tagua-Tagua (Baja Complejidad, otorgaba un 9,5% de las atenciones de urgencia en hospitales de la región).
4. Hospital Del Salvador de Peumo (Baja Complejidad, otorgaba un 7,3% de las atenciones de urgencia en hospitales de la región).
5. Hospital de Pichidegua (Baja Complejidad, otorgaba un 4,2% de las atenciones de urgencia en hospitales de la región).

A nivel de la APS, la micro área contemplaba el SAPU Rosario de la Comuna de Rengo y los SUR de las comunas de Las Cabras y Malloa.

### **Unidad muestral SAMU**

---

<sup>55</sup> Dr. Juan Ilabaca, experto en APS, profesor de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

En el caso del SAMU, el seleccionado fue el del Servicio de Salud Metropolitano Central. Este es el único en la RM (por que también sirve al SSMS) y el más grande del país en términos de cantidad de unidades y atenciones de urgencia de su especialidad.

### **II.2.3. Trabajo de campo**

Consistió en la aplicación en terreno de los instrumentos de pesquisa de información. Para estos efectos se concertaron reuniones de trabajo con cada uno de los responsables de estas instituciones, en las cuales se realizaron entrevistas estructuradas y se solicitaron documentos de respaldo en el caso de haberlos<sup>56</sup>.

#### **Análisis de información**

A partir de la información recabada se realizó el mapeo de la RdU en términos de estructura, flujos de recursos, procesos de producción y costos.

En el ámbito de los costos, el análisis se centró en dos actividades:

- Análisis y comparación de los costos de la muestra en contraste con otras fuentes de información disponibles, en particular el WINSIG, sistema de información gerencial desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y adoptado por el Ministerio de Salud, que entre otras funciones, sirve para establecer los costos de los servicios como resultantes de la eficiencia en las funciones de producción<sup>57</sup>.
- Extrapolación de los costos y establecimiento de brechas para cada segmento, compuesto por tipo de institución y nivel de complejidad de la misma.

### **II.2.4. Ejecución de las entrevistas en terreno**

Como se mencionó la planificación de las entrevistas consideró la elaboración de instrumentos de consulta, los que fueron aplicados a los todos entrevistados, para obtener una información homogénea, que pudiese dar cuenta de la respuesta de urgencia en los SdS seleccionados.

El acceso a las personas solicitadas para las entrevistas fue bastante fluido, solo se retraso en el SAPU de Granja y hubo que insistir varias veces en el SUR de Malloa, pero se logró contactar a todos los solicitados para entrevista. Se constató la muy buena disposición de la mayoría de los establecimientos para concedernos las entrevistas.

En las entrevistas señaladas se solicitaron datos contables, protocolos clínicos, entre otros documentos, todos definidos a través de un instrumento que se les envió a los entrevistados, para que pudiesen compartir esa información. Con esos datos se planeaba construir indicadores de gasto, de funcionalidad, de interrelación entre establecimientos, entre otros.

Debemos lamentar la falta del envío de estos datos por parte de Hospital regional de Rancagua, Hospital de Rengo, información incompleta por parte de Hospital de San Vicente. Esto no se replicó en el SdS Metropolitano Sur, donde todos los establecimientos

<sup>56</sup> En el Anexo 1.5 se describen las fortalezas y debilidades de la muestra seleccionada.

<sup>57</sup> Fuente: <http://www.informaticamedica.cl/2012/01/que-es-winsig.html>, accedido 16 de abril de 2015.

hospitalarios enviaron la información requerida. La APS tanto de la RM como de la VI región no envió la información solicitada al ser pedida por el equipo investigador (salvo el SAPU de Rosario, que si envió información). Ello fue subsanado por la intervención de MINSAL, quien a través de la División de Atención Primaria solicitó esta información a los establecimientos requeridos. Sin embargo la información recibida adolecía de errores de concepto, poca consistencia y parcialidad, por lo que se buscó otras fuentes de información que pudiesen brindar datos más seguros para realizar las estimaciones conducentes a conclusiones más sólidas.

Es llamativa la poca disposición de la atención primaria a brindar datos de su gestión financiera, y más llamativa aún la cantidad de errores en la entrega de esos datos. Será materia de otra investigación determinar las causas que subyacen a estas situaciones.

#### **II.2.5. Consideraciones de los datos utilizados en la investigación**

Mención aparte merece la búsqueda de la información que sustentó esta investigación.

Si bien, recibimos mucha información de textos, normas, decretos, balances, entre otros, tanto por los mandantes, como por el del Ministerio de Salud, así como una exhaustiva revisión que realizó el equipo investigador, la información correspondiente a bases de datos con la que se contó fue en general insuficiente, inexistente para algunos datos, tardía en su recepción para análisis, como es el caso de la base DAU, y, para mucha de la información reunida se lidió permanentemente con la calidad del dato.

Los DAU (Dato Único de Urgencia), son un elemento gravitante en esta investigación pues dan cuenta de la atención de urgencia prestada por el establecimiento, posee una amplia cantidad de datos registrados tanto del paciente (sociodemográficos), como datos de la urgencia propiamente tal (motivos de consulta, hora de atención, categorización, medidas tomadas, entre muchos otros). En algunos centros estos datos se encuentran digitalizados, lo que convierte a esta base de datos en un poderoso instrumento para extraer información de sus registros.

Por ello esta base fue requerida en múltiples oportunidades, desde el inicio de esta investigación en Noviembre de 2014, y para los años en que consideraba el estudio (2009-2013). Sin embargo solo se recibió una data parcial del año 2014 y parte del año 2015 durante el mes de Octubre de este año. Al analizar estas datas se observó que existía variación de la información contenida en estas, con nuevas columnas aparecidas en el año 2015, lo cual no permitía observar tendencias para los datos. Para el periodo estudiado no se cuenta con DAU Nacional, solo se nos envió algunos datos DAU la región de O'Higgins (2012-2013), sin embargo su calidad no se puede asegurar.

Se detectaron falencias tales como datos inconsistentes (tiempos de espera negativos, o esperas de cientos de años, por citar ejemplos). También se identifican valores fuera de rango, y muy importantemente muchos de los folios DAU no están completos, faltando información muy relevante que va desde la hora de atención por médico hasta los diagnósticos asociados a la atención.

Otro problema identificado en los DAU es que su folio identificador es distinto del RUT del paciente, por lo que la trazabilidad paciente/atención es sumamente engorrosa y muchas veces imposible de efectuar.

Ante esta realidad de la base DAU es importante resaltar la necesidad que tienen estos sistemas de una auditoria y fiscalización permanente por parte de la autoridad. Anteriormente se destacó la gran cantidad de datos interesantes que se registran en esta base, que con un tratamiento adecuado se pueden transformar en información trascendente, sin embargo para llegar a ello debe asegurarse primero la calidad del dato y desarrollar sistemas de llenado concatenado que garanticen un llene completo de los datos solicitados.

Las multiples conversaciones que se han sostenido con el MINSAL han dado cuenta del esfuerzo por mejorar la data de los DAU, esfuerzo que se manifiesta para el año 2015, lo cual se pudo constatar. Una serie de mejoras se incorporan a la captura y procesamiento del dato, haciendo que su análisis pueda brindar una mayor y mejor información. Esta buena noticia no podrá advertise en este estudio, puesto que considera solo hasta el año 2013, pero sin duda será un gran aporte para las investigaciones venideras.

Muchos de los datos que se utilizaron en el cálculo de indicadores y brechas se obtuvieron de las bases REM de DEIS, una rica fuente de información, consolidada, que brinda datos en su gran mayoría fiables. Es de esperar que el desarrollo de las otras fuentes de datos puedan tener el respaldo con que cuenta DEIS.

Es importante reconocer el desarrollo informático que se ha dado en los Servicios de Salud, incorporando tecnología y recursos para tener información sobre el acontecer de las atenciones de salud que reciben los ciudadanos (por ejemplo, la incorporación progresiva de la ficha electrónica por paciente y a nivel de establecimiento). Sin embargo, la alta variabilidad de la data, la poca consolidación de la misma, la falta de un depositario común para estos datos y la escasa transformación de estos datos a información utilizable y con sentido, le resta relevancia al esfuerzo realizado.

### **II.3. Definir y analizar el diseño y operatividad de la "RdU" tanto a nivel agregado como por ECE**

El objetivo es definir y analizar el diseño y operatividad de la "RdU" tanto a nivel agregado como por ECE. Para lo anterior se considerarán los lineamientos fundamentales que enmarcan el accionar de la Red, los indicadores diseñados para su medición y la construcción de indicadores económica y técnicamente factibles. El análisis del diseño abordará aspectos relacionados con la consistencia interna y externa de cada ECE de la Red, dando cuenta de su complementariedad, sustituibilidad y articulación, considerando para el análisis la evolución en el tiempo del diseño de la "RdU" (general y particular) y cómo ésta se relaciona y/o justifica con los compromisos institucionales realizados en el período de análisis comprendido entre los años 2009 al 2013.

#### **II.3.1. Definición de un modelo de referencia**

La definición de un modelo de referencia se realizó en base a revisión bibliográfica -que incluyó artículos científicos y documentos de literatura gris- y opinión de expertos. El modelo de RdU de referencia ha sido propuesto por la Consultora y validado en conjunto con la contraparte.

### **II.3.1.1 Propuesta de modelo de referencia**

Se realizó una revisión bibliográfica para determinar si existía a nivel internacional un estándar para las redes de urgencia, ya fuera este teórico o basado en un país específico.

La revisión de modelos internacionales arrojó una descripción de los sistemas de emergencia médica en el mundo y una lista acabada de los servicios entregados en éstos. Sin embargo, no se encontró un modelo que sirviera en su totalidad como estándar de referencia para el modelo chileno. Es por esto que se propone definir tres niveles de análisis de la atención de urgencia a nivel de los países.

El primer nivel (Nivel 1) corresponde al descrito por la oficina de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Europa en su documento "Emergency Medical Services Systems in the European Union"<sup>58</sup>. Este nivel analiza al sistema de atención de emergencia (RdU) de un país en comparación a otros países<sup>59</sup> e incluye indicadores estructurales tales como existencia de una legislación específica sobre la atención de urgencia o el modelo de financiamiento específico de la red.

El segundo nivel (Nivel 2) de análisis corresponde a la Gestión de la Red, donde existe un estándar definido por el Ministerio de Salud de Chile en los documentos "Modelo de Atención Integral en Salud. Chile 2005" y "Orientaciones para el diseño de proceso de la Red Asistencial: Planificación, Implementación y evaluación" para las redes asistenciales en general<sup>60</sup> y que tendría su aplicación en la RdU, aunque esta aplicación no haya sido desarrollada por el MINSAL formalmente. No se consideró necesario encontrar un modelo internacional de la gestión de la red por tratarse de un tema que depende casi exclusivamente del contexto local. En este nivel, corresponde analizar los flujos de pacientes dentro de la red, la definición de sus distintos componentes, y la coordinación de dichos componentes entre sí y con otros establecimientos del modelo de red asistencial.

Un tercer nivel (Nivel 3) de análisis corresponde al desempeño de cada uno de los ECE que forman parte de la Red. Si bien no existen estándares definidos respecto al funcionamiento de cada ECE, el MINSAL ha definido para algunos de ellos los indicadores que deben ser medidos y la tendencia esperada. En cuanto a estándares contra los cuáles evaluar a los componentes de la RdU se encontraron estándares internacionales para los sistemas de

---

<sup>58</sup> Emergency Services Review: A Comparative Review of International Ambulance Service Best Practice. National Health Service. 2009.

<sup>59</sup> Los sistemas de emergencia europeos incluidos la revisión en comento son: Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumania, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

<sup>60</sup> Ministerio de Salud (2005). "Modelo de Atención Integral en Salud. Chile 2005" y Ministerio de Salud (2010). "Orientaciones para el diseño de proceso de la Red Asistencial: Planificación, Implementación y evaluación". Chile.

emergencia pre hospitalaria (en el caso chileno, el SAMU) y para las Unidades de Emergencia Hospitalaria, los que serán descritos más adelante.

### **II.3.1.1.1 Nivel 1**

El modelo de análisis definido por la OMS se utilizó para realizar un análisis comparativo de los sistemas de servicios de emergencia de toda la Unión Europea. En este modelo se definen 5 áreas de evaluación, las cuáles fueron medidas a través de un cuestionario el cual se adjunta en el Anexo 1.6.

Estas áreas son las siguientes:

1. Legislación y financiamiento
2. Atención extra-hospitalaria de urgencia
  - a. Centro de llamados
  - b. Centro de despacho
  - c. Servicios de ambulancia
  - d. Coordinación con otros Servicios de Urgencia
3. Atención Hospitalaria de Urgencia
  - a. Sistema de triage
  - b. Unidades de emergencia hospitalaria como sistema de protección social
  - c. Sistema de referencia en red
  - d. Calidad de la atención
  - e. Atención de problemas sociales
4. Educación en atención de urgencia
  - a. Educación y capacitación en medicina de urgencia
  - b. Medicina de urgencia reconocida como especialidad médica
  - c. Calificaciones de los prestadores de medicina de urgencia
5. Atención de Urgencia en Crisis
  - a. Medicina de urgencia en el manejo de crisis
  - b. Educación y capacitación en manejo de desastres
  - c. Cooperación internacional en manejo de desastres
  - d. Seguridad del paciente en el manejo de desastres

En este nivel la evaluación de la RdU se realizó a través de la misma encuesta a informantes claves utilizada por el estudio de la OMS, en su versión traducida al castellano. Los informantes claves seleccionados para contestar la encuesta fueron elegidos en base a su categoría de expertos del sistema de salud chileno o de la RdU Chilena y son los siguientes:

- ✓ Dr. Oscar Arteaga, Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.
- ✓ Ing. Sylvia Galleguillos, Directora IAS, Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile.
- ✓ Dr. Leoncio Tay, Experto en Atención de Urgencia.

- ✓ Coordinadores de la Red de Urgencia del SSMS y SSO.
- ✓ Director(a) del SAMU de la RM y VI Región.

El Dr. Leoncio Tay declinó participar de la encuesta por considerar que no es atingente al caso chileno.

De todas maneras se utilizó la metodología de muestreo de "bola de nieve"<sup>61</sup> para identificar potenciales encuestados que fueran expertos en la RdU chilena en base a la recomendación de las personas en el listado anterior. A pesar de este esfuerzo no se logró identificar a otras personas que tuvieran la experticia necesaria.

Los resultados de esta encuesta fueron tabulados, sintetizados y comparados con los resultados generales de la encuesta en Europa.

La síntesis de las respuestas de quienes contestaron las encuestas se muestran a continuación:

### **Legislación y financiamiento de los sistemas de emergencia médica**

Los 27 Estados miembros de la UE tienen una **legislación vigente** que regula el sistema de servicios de urgencia. En aproximadamente un tercio de los países estas leyes se publicaron en la década de 1990, mientras que en la mitad de los países las leyes son más recientes y datan del 2000 en adelante. Esto refleja el hecho de que la atención de emergencia es una disciplina emergente que se ha desarrollado en los años 1990 y 2000. En Chile, según los expertos las leyes se publicaron después del año 2000.

En relación a **los tópicos abordados en los conjuntos de leyes y reglamentos**, en Europa los 27 países incluyeron el tópico "Libre acceso garantizado para todos a la atención de urgencia intrahospitalaria incluyendo personas sin seguro de salud y personas sin identificar"; 23 países incluyeron el tópico "Mínimos estándares de cuidado, mínimos estándares de equipamiento, requerimientos mínimos de calificación"; 24 países incluyeron el tópico "Mecanismos de Financiamiento"; 21 países incluyeron el tópico "Formación necesaria para el personal del sistema de emergencia médica". En Chile, los encuestados reportan que la Ley contiene los tópicos "Libre acceso garantizado para todos a la atención de urgencia intrahospitalaria incluyendo personas sin seguro de salud y personas sin identificar" y "Mínimos estándares de cuidado, mínimos estándares de equipamiento, requerimientos mínimos de calificación".

Respecto a las situaciones en que el **copago es requerido para el acceso a la atención** en Europa en 7 países se requiere copago para atención pre-hospitalaria; en 7 países se requiere copago para atención intrahospitalaria; en 1 país se requiere copago en algunas regiones; en 2 países se requiere copago en algunos hospitales y en 16 países no se

---

<sup>61</sup> El muestreo de bola de nieve es un tipo de muestreo no probabilístico que se utiliza cuando se busca una característica en los sujetos de investigación que es muy escasa en la población general, en este caso, ser experto en la red de urgencia chilena. Así, se identificaron los expertos anteriormente mencionados y a ellos se les pidió que dieran nombres de otros expertos en el tema. Funete: Ulin, Priscilla R. Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. Washington, D.C: OPS, 2006 (Publicación Científica y Técnica N° 614).

requiere copago para atención. En Chile no se requiere de copago en la atención fuera del hospital (SAPU/SUR) pero si en la atención intrahospitalaria (Servicios de urgencia).

En cuanto a la **legislación relativa a la preparación y la respuesta a la crisis**, en términos generales, la mayoría (24) de los Estados miembros de la UE menciona en su legislación la preparación y la respuesta para desastres dentro de las competencias del Sistema de Urgencias. Sólo 13 Estados tienen un presupuesto especial destinado a la preparación para crisis-desastre, mientras que sólo 12 de los países tienen un presupuesto de reserva específica que se moviliza de inmediato en caso de una crisis-desastre.

De ellos, 10 países tienen fondos destinado tanto para preparación y respuesta ante crisis-desastres. En cuanto al presupuesto para una respuesta rápida a una crisis, aparentan que la mayoría de los Estados asumen que el Gobierno movilizará rápidamente los fondos estatales de acuerdo a las necesidades de todas las "crisis". En Chile, los encuestados indicaron que no existe un ítem para crisis-desastres en el presupuesto del Sistema de Urgencias Médicas, y que tampoco existe un presupuesto de reserva de movilización inmediata para ser utilizada en caso de crisis-desastres.

El análisis respecto al **financiamiento**, en la mayoría de los países de la UE, las atenciones de urgencia son compradas por el Estado o por medio de un sistema de seguro nacional de salud de acuerdo con el número o tipo de servicios prestados. Los sistemas de pago se basan principalmente en la clasificación de los servicios (por ejemplo por grupos de diagnóstico). En 10 países, los servicios son pagados de acuerdo a una población de referencia (en su mayoría corresponde a una zona o residencia) especificado, que se solicita a cada proveedor de la atención de urgencia para cubrir. En Chile los sistemas de pago se basan en el número de servicios prestados, el tipo de servicio y la población asignada.

### **Atención extra-hospitalaria de urgencia**

En Europa, los servicios de **atención pre hospitalaria** son entregados por una mezcla de instituciones públicas y privadas. Es interesante observar que los Centros de despacho están principalmente bajo control público, mientras que los servicios de ambulancia tienen una mayor proporción de proveedores privados. En Chile los servicios de ambulancia son entregados tanto por empresas públicas como por empresas privadas. Los centros de despacho son administrados por instituciones dependientes de los hospitales, instituciones dependientes de las Autoridades Sanitarias y empresas privadas.

En Europa el número de teléfono de emergencia mayormente usado para llamar en caso de emergencias médicas es el 112, siendo este exclusivo en 10 países del continente. En Chile, el número para llamar en caso de emergencias médicas es exclusivamente el 131.

En menos de la mitad de los países europeos (10 países) la llamada en caso de emergencias médicas tiene como operador a personal médico disponible en su primer despacho. En Chile los encuestados afirman que sí existe personal de conocimiento médico en el primer despacho de una llamada de emergencia médica nacional.

En más de la mitad de los países europeos (18 países) la llamada se puede diferir a personal de pericia médica en caso de haber necesidad. En Chile los encuestados reportan que una llamada de emergencia médica puede ser derivada a personal calificado.

En Europa la gran mayoría de los países tiene un centro integrado de despacho receptor de la llamada de emergencia médica. En Chile, la llamada telefónica recibida por la plataforma de salud responde es derivada hacia el SAMU.

En cuanto al acceso telefónico a la RdU, tanto en Europa como en Chile la llamada de emergencia médica está libre de cargos adicionales, es decir, es gratis.

Tanto en Europa como en Chile no es necesario marcar un código de región o área antes del número de emergencias médicas.

En Europa los operadores tienen manejo del inglés, y este es el idioma generalmente usado. En Chile no hay manejo del inglés por parte de los operadores a cargo. Tanto en Europa como en Chile hay déficit en el manejo de idiomas de las minorías residentes. En Europa tan sólo 12 países están capacitados para ello (menos de la mitad en el estudio).

El número de centros de despacho móviles médicos para las llamadas de emergencias médicas es variable en Europa, yendo desde 1 a 290 según el país. En el caso de Chile los encuestados afirman que hay entre 12 y 14 centros de despacho destinados a responder a dichas llamadas telefónicas. En Europa el nivel de cobertura de los centros de despacho es de distribución mayoritariamente regional, siguiéndole la sub-regional. En Chile, la mitad de los encuestados afirma que tienen distribución nacional, y la otra mitad afirma que tienen distribución regional. A nivel nacional, dichos centros de despacho no están funcionalmente conectados entre sí, a diferencia de Europa, en que la mayoría de los países poseen una interconectividad entre sus centro de despacho de las llamadas de emergencias médicas.

En Europa menos de la mitad de los países tiene acceso a actualización en tiempo real de las camas disponibles de cuidados intensivos, de dicho grupo la mayoría tiene esta actualización a nivel sub nacional (regional o local). En Chile los centros de despacho tienen acceso a la actualización en tiempo real de estas camas a nivel regional/local. En Europa la minoría de los países que tienen acceso a esta actualización lo pueden presentar vía internet. En Chile no hay representación vía internet de la información de camas disponibles.

Respecto a los vehículos de emergencia disponibles para la RdU, a nivel europeo existen los tres tipos de ambulancia (A, B y C), siendo la mayoría de tipo B, seguidas de la tipo C y por último la tipo A. A nivel nacional también existen los tres tipos de ambulancia, pero se desconoce el porcentaje de éstas.

### **Atención hospitalaria de urgencia**

Respecto a la ubicación de los servicios de urgencia, en los resultados de la encuesta europea podemos observar que la gran mayoría de los establecimientos universitarios, regionales y hospitales generales poseen un Servicio de Urgencia, sin embargo cabe destacar que sólo 7 de los 27 países poseen un servicio de urgencias en establecimientos privados. En Chile, los hospitales generales, regionales y universitarios disponen de un

servicio de urgencias. Otro punto a destacar es los encuestados afirman que los hospitales privados sí poseen un servicio de urgencias, situación que difiere de la realidad de la mayoría de los países de Europa.

En cuanto a los requisitos para acceder al Servicio de Urgencias, en Europa muy pocos países exigen requisitos para que las personas puedan acudir a un servicio de urgencias y así ser atendidos. Sólo 2 de 27 países exigen la interconsulta de APS y 3 de 27 la identificación del paciente, sin embargo todos aceptan que en caso de urgencia se le brinde atención al paciente a pesar que no cumpla con lo anterior. En Chile, según los encuestados, es obligatorio presentar alguna identificación, y algo que destaca es que se requiere co-pago para poder ser atendido, a diferencia de los servicios europeos. Sin embargo, al igual que en Europa, el paciente es atendido si no se entrega la información anterior. Cabe destacar que los requisitos son distintos para servicios de urgencia públicos y privados. La cobertura de la ley de urgencia es hasta el momento en que el paciente es estabilizado, luego de lo cual el paciente puede ser derivado a otro establecimiento (si está en un establecimiento privado por ejemplo) o quedarse en dicho establecimiento con autorización del seguro respectivo.

En Europa la gran mayoría de los países posee un sistema de triage intrahospitalario en 24 de 27 países, pero la minoría posee un sistema computarizado y que sea estandarizado nacionalmente. En Chile sí existe un sistema de triage según nuestros encuestados y este sistema sigue normas nacionales. Es interesante constatar que se reporta la existencia de un sistema computarizado de triage en algunos centros.

En cuanto a la referencia a centros de especialidades, en Europa 18 de los 27 países poseen un sistema de referencia de los servicios de urgencia a los centros de especialidades. No está claro si en nuestro país también existe un sistema de referencia a los centros de especialidad.

Relativo a la calidad de atención, en Europa 15 países poseen estándares de calidad nacional de los servicios de urgencia y de ellos 13 tienen un sistema para medirla. En Chile los encuestados reportan que existen estándares de calidad en los servicios de urgencia, a pesar de que no existen sistemas para medirlos.

En los países europeos son muy pocos los países que cuentan con enlace a la atención social; 7 países cuentan con trabajadores sociales dentro del staff permanente del equipo y sólo 2 con mediadores o interlocutores, sin embargo podemos apreciar un esfuerzo por tratar de paliar este déficit ya que hay varios planes pilotos en marcha. Según nuestros encuestados en Chile la realidad no es muy diferente, ya que la totalidad de ellos afirman que no existen asistentes sociales trabajando en forma permanente, ni tampoco hay mediadores e interlocutores aunque sí reportan proyectos pilotos en este sentido.

## **Educación en atención de urgencia**

En el contexto de la educación universitaria de urgencia, en poco más de la mitad de los países europeos (16 países) la atención de urgencia constituye un curso obligatorio en los programas de pregrado de los médicos. En Chile dicho tópico también constituye parte del currículo del egresado de la carrera de medicina. Tanto en la mayoría de los países

europeos, como en Chile, la medicina de urgencia se encuentra acreditada o reconocida por la ley. En la mayoría de los países europeos en los cuales se ejerce la medicina de urgencia, la duración del entrenamiento de residencia es hasta 6 años. En Chile dicho periodo no excede los 3 años. Tanto en Europa como en Chile se puede afirmar que la década de establecimiento de la especialidad como tal oscila entre los años 1990 y 2000.

En cuanto al entrenamiento en medicina de urgencias tanto en la mayoría de los países europeos, como en Chile, los programas de formación en medicina de urgencias siguen un plan de estudios aprobado a nivel nacional. En Europa la mayoría de los países tienen certificación nacional para médicos con entrenamiento en urgencia, sin embargo menos de la mitad de los países del continente proveen certificación de este entrenamiento a enfermeras. En Chile hay certificación nacional para médicos entrenados en atención de urgencias, sin embargo se desconoce si existe dicha certificación para enfermeras o paramédicos nacionales.

### **Atención de urgencias en crisis**

Una crisis se define en este estudio como cualquier situación en la que los servicios de atención de la salud reciben una cantidad inusualmente grande de nuevos pacientes en un período relativamente corto de tiempo, de tal manera que tensiona los recursos disponibles al límite, superando la capacidad de satisfacer las necesidades si las medidas excepcionales no se han implementado. Revisiones bibliográficas han demostrado que una respuesta efectiva de desastres es más dependiente del sistema local preexistente que de la ayuda externa. El servicio de urgencias es un componente clave para la preparación y respuesta ante las crisis y desastres, al asumir la responsabilidad de proporcionar atención médica a todas las víctimas de un desastre, por lo que debe integrarse en el proceso de toma de decisiones de gestión de crisis, así como en todas las actividades de preparación.

En la Unión Europea, menos de la mitad de los países (12) han incorporado un representante específico de esta función esencial de emergencia en su nivel más alto de toma de decisiones. En Chile, los encuestados indicaron que existe un representante de la RdU en el equipo de manejo de crisis. La mayoría de los países de la UE (23) cuentan con un marco legal y estructural en la gestión de crisis y la respuesta que asigna un papel específico a los servicios de urgencia en el Plan de Preparación para Crisis. En Chile los encuestados refieren que existe una ley que estipula el rol de la atención de urgencia en caso de crisis-desastres.

Relativo a la existencia de cooperación internacional, los eventos críticos pueden requerir una acción coordinada entre dos o más países, dependiendo de la magnitud del incidente o su proximidad a las fronteras nacionales. En Europa, la mayoría de los países afirman tener acuerdos transfronterizos con organismos simples o con ocasión de eventos específicos (por ejemplo, Italia, Países Bajos), pero sólo 18 países han ratificado un acuerdo internacional. En Chile no se reportan acuerdos de cooperación internacional.

En cuanto al liderazgo en la gestión de crisis, los 27 estados miembros de la UE presentan grandes diferencias con respecto a la estructura del centro de comando de incidentes. En 12 países el Ministerio del Interior es quien asume el liderazgo en caso de crisis nacionales, en

6 países es la Protección Civil y en 3 es el Ministerio de la Defensa. En Chile, se reporta que la institución encargada de asumir el liderazgo es el Ministerio del Interior.

Respecto al Plan de Preparación para Crisis, la preparación para emergencias gana valor real y eficacia sólo si los planes se prueban regularmente. Los simulacros y ejercicios representan el puente fundamental entre la educación y la respuesta. Casi todos los países de la UE de obligan legalmente a los hospitales (22 países) y a la atención pre hospitalaria (24 países) a tener planes de preparación para la gestión de desastres y crisis. Sin embargo, no todos son obligados a poner a prueba este plan, sólo 21 países requieren poner a prueba el plan en la gestión pre hospitalaria y 18 países en la gestión hospitalaria. En muchos países se recomienda realizar un test anual. En los Países Bajos, un programa nacional ('ZIROP') se ha establecido con el objetivo de probar los planes de preparación. También desarrolla y ofrece un sistema continuo de educación y apoyo para actualizar el plan. En Chile, los encuestados indicaron que los hospitales están obligados por ley a tener un plan de preparación ante las crisis, aunque no es claro si se requiere que los gestores de hospitales los pongan a prueba.

Finalmente, respecto a la capacitación para la gestión de crisis, aunque la educación formal en gestión de desastres es todavía limitada en Europa, la mayoría de los Estados miembros (20 países) recomiendan, o incluso hacen obligatoria la formación específica en la gestión de crisis. En relación a Chile, se reporta la existencia de capacitación específica para el personal de atención de urgencia en manejo de crisis y respuesta a los desastres.

### **Principales hallazgos**

Los principales hallazgos se relacionan al financiamiento de la atención de urgencia, los sistemas de triage hospitalarios y la atención de urgencias en crisis.

Entre los aspectos negativos encontrados incluyen la existencia de un copago para la atención de urgencia para algunos beneficiarios del FONASA y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), lo que podría dificultar el acceso a la misma, y falencias en la atención de urgencias en crisis tales como la ausencia de un presupuesto reservado en el sector salud para situaciones de crisis o la inexistencia de una normativa que obligue a los hospitales a poner a prueba sus planes de preparación para situaciones de crisis. Entre los tópicos positivos destacan el uso generalizado de sistemas de triage hospitalarios relativamente estandarizados y la existencia de una unidad de gestión de camas críticas centralizada con acceso a la actualización en tiempo real de estas camas a nivel regional y/o local.

En el primer tema destaca la existencia en Chile del copago por la atención de urgencia en hospitales. En más de la mitad de los países europeos no existe esta herramienta lo que mejora la accesibilidad a esta atención pero al mismo tiempo la inexistencia de copagos podría incentivar el uso de la atención de urgencia ya sea como reemplazo de la atención ambulatoria común o de atenciones innecesarias.

Como aspecto positivo destaca que Chile, como la mayoría de los países europeos, posee un sistema de triage hospitalario que está relativamente estandarizado nacionalmente. En algunos hospitales incluso existen sistemas computarizados para realizar esta labor. Esto

permite una mejor racionalización del uso de los recursos y es relevante de destacar. Asimismo, se destaca el hecho que en Chile existe una unidad de gestión de camas críticas centralizada con acceso a la actualización en tiempo real de estas camas a nivel regional y/o local. Todo esto evidencia un desarrollo de la atención de urgencia hospitalaria acorde a las prácticas observadas en los países europeos.

Respecto a la atención de urgencias en crisis se reportan varias falencias en el caso chileno, que son más graves por el contexto geográfico que expone a la población a desastres naturales constantemente. En este sentido, no existe un ítem para crisis o desastres en el presupuesto en el sector salud y/o un presupuesto de reserva de movilización inmediata. Además, a pesar que los hospitales están obligados por ley a tener un plan de preparación ante las crisis no hay evidencia de que exista una normativa que obligue a los hospitales a poner a prueba sus planes de preparación para situaciones de crisis.

### **II.3.1.1.2. Nivel 2**

En este nivel de análisis se aplica el modelo de gestión de red definido por el Ministerio de Salud a la RdU chilena. El MINSAL, en su documento “Orientaciones para el diseño de proceso de la Red Asistencial: Planificación, Implementación y evaluación” determina que la Red de un SdS se organiza “con un primer Nivel de Atención Primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos”<sup>62</sup>. En el caso de la RdU, el nivel de APS está representado por los SAPUS, SUR y SAUD los cuales derivan pacientes a niveles de mayor complejidad como el SAMU y las UEH; y éstos a su vez derivan a un tercer nivel de mayor complejidad como lo son las Unidades de Cuidado y Tratamiento Intensivo.

Por otro lado, el mismo documento define la Gestión de Red como la “la operación del conjunto de Establecimientos, de diferentes niveles de atención, interrelacionados por una serie de protocolos y estilos de trabajo acordados y validados entre los integrantes, que permiten el tránsito de los usuarios entre ellos, de acuerdo al flujo determinado para cada uno de los problemas de salud, asegurando la continuidad de la atención”<sup>63</sup>. En el caso de la RdU, la gestión en red se traduce en protocolos y guías de referencia y contrarreferencia y otras iniciativas que aseguren la continuidad de la atención, es decir, el flujo expedito de pacientes dentro de la red.

En cuanto a la evaluación de la Red Asistencial, el mismo documento ministerial propone que ésta se realice en 5 ámbitos:

- Acceso: tanto el acceso geográfico como socio-organizacional<sup>64</sup>.

---

<sup>62</sup> Ministerio de Salud (2010). “Orientaciones para el diseño de proceso de la Red Asistencial: Planificación, Implementación y evaluación”. Chile.

<sup>63</sup> Id ibid.

<sup>64</sup> El acceso socio-organizacional se refiere a “las características no espaciales de los recursos que obstaculizan o facilitan los servicios que incluyen la disponibilidad, comodidad, accesibilidad económica, aceptabilidad. (Ministerio de Salud, 2010. “Orientaciones para el diseño de proceso de la Red Asistencial: Planificación, Implementación y evaluación”. Chile).

- Oportunidad: acceso a una determinada prestación dentro de los plazos considerados óptimos para evitar la agudización de un cuadro de salud, tema extremadamente relevante en la atención de urgencia.
- Calidad de la Atención y sus subdimensiones “competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del usuario, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad y seguridad o comodidad”.
- Atención Integral: que considera todos los niveles de prevención de la salud, desde la promoción hasta la prevención terciaria y la rehabilitación<sup>65</sup>. La integralidad de los servicios ofrecidos tiene que ver con la cartera de servicios que ofrece la Red.
- Resolutividad, definida como la “respuesta satisfactoria de los problemas de salud, con el mejor grado de calidad y utilizando los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles”. La continuidad de la atención depende de la resolutividad de los distintos nodos de la red.

Es importante señalar que estas 5 dimensiones además de la continuidad de la atención pueden ser medidas tanto en el nivel 2 como el nivel 3, sin embargo, en el nivel dos se refieren a la RdU en su conjunto y en el nivel 3 a cada ECE.

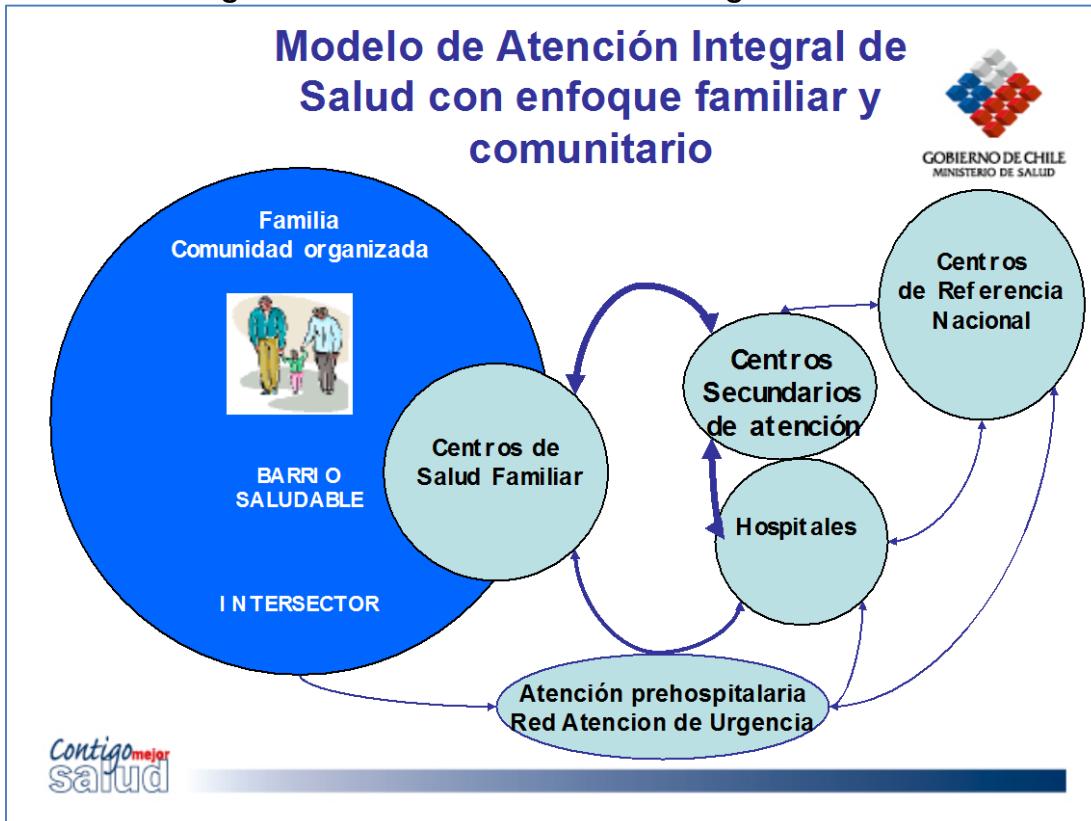
Si bien la RdU ha sido definida como complementaria a la Red Asistencial (Figura 2.4) es difícil distinguir los límites de una y de otra, especialmente porque tradicionalmente los servicios de urgencia han provisto atención que no es considerada urgente según la definición estricta de urgencia (pacientes categorizados C4 y C5). Debido a esto es que se hizo necesario implementar el elemento del selector de demanda. Una vez implementado, se constató que las consultas en las Unidades de Emergencia Hospitalaria eran mayoritariamente no pertinentes<sup>66</sup>. Con todo, es innegable que la atención de urgencia es cualitativamente diferente a la atención electiva que se da en la Red Asistencial pública.

---

<sup>65</sup> Clásicamente se han definido distintos niveles de prevención en salud. El primer nivel sería la prevención primaria o promoción de la salud que se refiere al fomento de la salud en la población sana, En segundo lugar se identifica la prevención secundaria o detección precoz de las enfermedades y finalmente la prevención terciaria que incluye el tratamiento y rehabilitación para prevenir futuros daños.

<sup>66</sup> Informe de la Comisión de Urgencias, Consejo General, Colegio Médico de Chile. Situación de los Sistemas de Atención de Urgencia en Chile. Diciembre de 2012.

**Figura 2.4.: Modelo de atención integral de salud**



Fuente: "Atención Primaria en Salud". Dra. Nelly Baeza. División de Atención Primaria. Ministerio de Salud de Chile. Presentación Power Point.

Finalmente, contribuye a la fusión de la Red asistencial con la RdU el hecho de que existe una presión importante que ejercen los distintos nodos de la Red Asistencial tanto en la entrada al sistema como en la salida del mismo. Los SAPU y UEH se ven congestionados ya que muchos de los pacientes que no encuentran hora en el CESFAM correspondiente o no pueden asistir en el horario en que éste atiende, tienen como única opción demandar la atención de salud que requieren en estas Unidades a pesar de que las patologías que presentan no correspondan a una condición de urgencia<sup>67</sup>.

Los indicadores de categorización presentados más adelante en este estudio muestran que la mayoría de los pacientes de los SAPU y UEH corresponden a pacientes de baja complejidad. Difícil resultó constatar en terreno que las UEH se ven obligadas a "hospitalizar" pacientes en camillas y sillones ya que no pueden trasladar pacientes hacia los servicios de hospitalizados (por ejemplo, medicina, traumatología, cirugía, etc.). Este

<sup>67</sup> Esto no solamente fue confirmado en terreno sino que ha sido estudiado en la literatura internacional por ejemplo en "Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. Ann. Emerg. Med. 2000; 35: 63-8" y "Newton MF, Keims CC, Cunningham R, Hayward RA, Stanley R. Uninsured adults presenting to us emergency departments: as-sumptions vs data. JAMA 2008; 300: 1914-24.

fenómeno es muy frecuente en todos los sistemas de salud y se conoce como bloqueo de acceso (o "access block" en inglés)<sup>68</sup>.

A pesar de estas consideraciones, el presente estudio toma como objeto de estudio a la RdU tal como fue definida en la primera sección de este informe.

A continuación, se presenta un modelo de referencia de la Red de atención de urgencia con el fin de proveer de un modelo teórico para la evaluación del nivel 2 de análisis.

## **Modelo de referencia de la RdU**

### **1. Definición**

Es una forma de organización de los recursos y modelamiento de la provisión de servicios médicos, donde se coordinan, potencian y complementan las actividades correspondientes a los establecimientos involucrados, de forma tal de satisfacer todas las demandas y necesidades de la población usuaria dentro de esa red, lo que puede lograrse a través de un conjunto de centros prestadores de atención médica de urgencia, de diferentes niveles de complejidad y capacidad resolutiva, integrados y coordinados a través de planes, normas, guías clínicas, protocolos, de forma que se complementen entre ellos y satisfagan plenamente las demandas de atención de urgencia de la población, en forma eficaz, evitando duplicidad de prestaciones y con garantía de calidad.

En la Ley de Autoridad Sanitaria (Ley 19.937, Art. 16 bis)<sup>69</sup> se define la Red Asistencial de la siguiente forma<sup>70</sup>: "La Red Asistencial de cada SdS estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de APS de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el SdS respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población."

La Red Asistencial de cada SdS deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios de Salud, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población."

Esta misma Ley, en su Artículo 16 ter. señala: "La red asistencial de cada SdS se organizará con un primer nivel de APS, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

---

<sup>68</sup> Elizabeth Elder, Amy Nb Johnston and Julia Crilly. Review article: Systematic review of three key strategies designed to improve patient flow through the emergency department Emergency Medicine Australasia (2015) 27, 394–404 doi: 10.1111/1742-6723.12446.

<sup>69</sup> Ley 19.937. Autoridad Sanitaria. Artículo 8°.

<sup>70</sup> Ley 19.937. Autoridad Sanitaria. Artículo 16 bis.

Los establecimientos de APS, sean consultorios, sean dependientes de municipios, de servicios de salud o tengan convenios con éstos, deberán atender, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo.

Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros por tipo de población, de servicios brindados y calidad de éstos, y serán supervisados y coordinados por el SdS respectivo. Los establecimientos señalados en el inciso anterior, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestarán atención de salud programada y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando corresponda, pudiendo realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población.

El establecimiento de atención primaria deberá cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud en relación con la recolección y tratamiento de datos y a los sistemas de información que deberán mantener.

## **2. Características de una RdU<sup>71</sup>**

- 2.1 Resolución integral de problemas de salud. Esto significa que los establecimientos que conforman la red de atención, sean capaces de resolver toda la necesidad del problema de salud del paciente, otorgándose apoyo entre ellos, en caso que individualmente no tengan la capacidad de resolverlo. Por tanto, la sumatoria de sus capacidades debieran dar cuenta de la resolución del problema.
- 2.2 Sistemas para derivación y referencia y contra-referencia de pacientes. Dado que la resolución del problema de salud de un paciente requiere del apoyo entre establecimientos, éste deberá transitar entre establecimientos de manera expedita y oportuna, por tanto la necesidad de sistemas de derivación para enviar al paciente a un establecimiento (referencia) y su regreso al nivel inicial, una vez realizadas las prestaciones necesarias de realizar (contrareferencia), resultan indispensables, de forma que permitan unificar el conjunto de prestaciones necesarias para la resolución del problema del enfermo.
- 2.3 Aplicación de la gestión clínica: prestaciones costo-efectivas, guías clínicas y protocolos de atención. Dentro de esta red, cuya sumatoria de recursos otorga la capacidad de resolución completa de un problema de salud, se hace necesario que cada uno de los establecimientos que la conforman tenga definido su rol, dentro del cual, está: qué tipo de prestaciones debe realizar, cómo, de qué manera, con qué recursos, en qué tiempos, lo que determinará finalmente el costo de cada prestación, debiendo entonces optimizar los procesos para ser realizados en el menor tiempo, al menor costo y de la forma más recomendable desde el punto de vista de la evidencia científica.
- 2.4 Que tenga cobertura territorial. El conjunto de establecimientos que conforman la red debe otorgar cobertura al conjunto de población a la que debe servir,

---

<sup>71</sup> OMS/OPS. Redes territoriales de Atención de Salud. Sistemas de Atención Sanitaria.

distribuyéndose entonces en el territorio donde habita la población que le es adscrita.

### **3. Organización de la atención de salud<sup>72</sup>**

La atención de salud está determinada por las características de las prestaciones otorgadas, una prestación de salud es menos compleja si requiere mínima intervención médica especializada y mínima tecnología, es altamente compleja si requiere alto grado de especialización médica, mayor número de especialistas para la resolución del problema de salud y alto grado de tecnología.

De esta forma, se esquematiza en forma de pirámide ascendente, ya que la mayor demanda está constituida por problemas de baja complejidad.

### **4. Coordinación de la red asistencial<sup>73</sup>**

En cualquiera de sus modelos y cualquiera sea su tipo de demanda, una red, para cumplir con las características señaladas, debe ser coordinada para garantizar tanto la derivación de tipo electivo hacia el nivel correspondiente, así como la atención de emergencia, para que sea expedita, oportuna y con riesgos controlados para el paciente.

En este ámbito, los sistemas de información y de traslados de pacientes resultan críticos.

En la Ley de Autoridad Sanitaria (Ley 19.937), en su Artículo 18 bis se reconoce que la Red de Atención debe ser coordinada y el coordinador es el Director de Servicio. "Al director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud. Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutiva del nivel primario de atención. Con este objeto, conforme a la ley N° 19.813, determinará para cada entidad administradora de salud primaria y sus establecimientos, las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud y los objetivos de mejor atención a la población beneficiaria. Sobre esta base se evaluará el desempeño de cada entidad administradora.

Para efectos de la determinación de dichas metas, deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo presidido por el director e integrado por el Director de Atención Primaria del SdS o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y por un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad, todo ello sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes. El Director deberá, asimismo, velar por la referencia, derivación y contraderivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red."

---

<sup>72</sup> Funciones del Gestor de la Red Asistencial. Programación de Red Asistencial MINSAL 2004 y MINSAL 2009.

<sup>73</sup> PAHO-WHO (2007) Vol. 1. Health in the Americas.

Además se señala que "los Servicios de Salud coordinadamente tendrán a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, en sus diferentes centros de resolución y sistemas de referencia, conforme a las necesidades de la población usuaria, las normas, políticas, planes y programas definidos por el Ministerio de Salud."

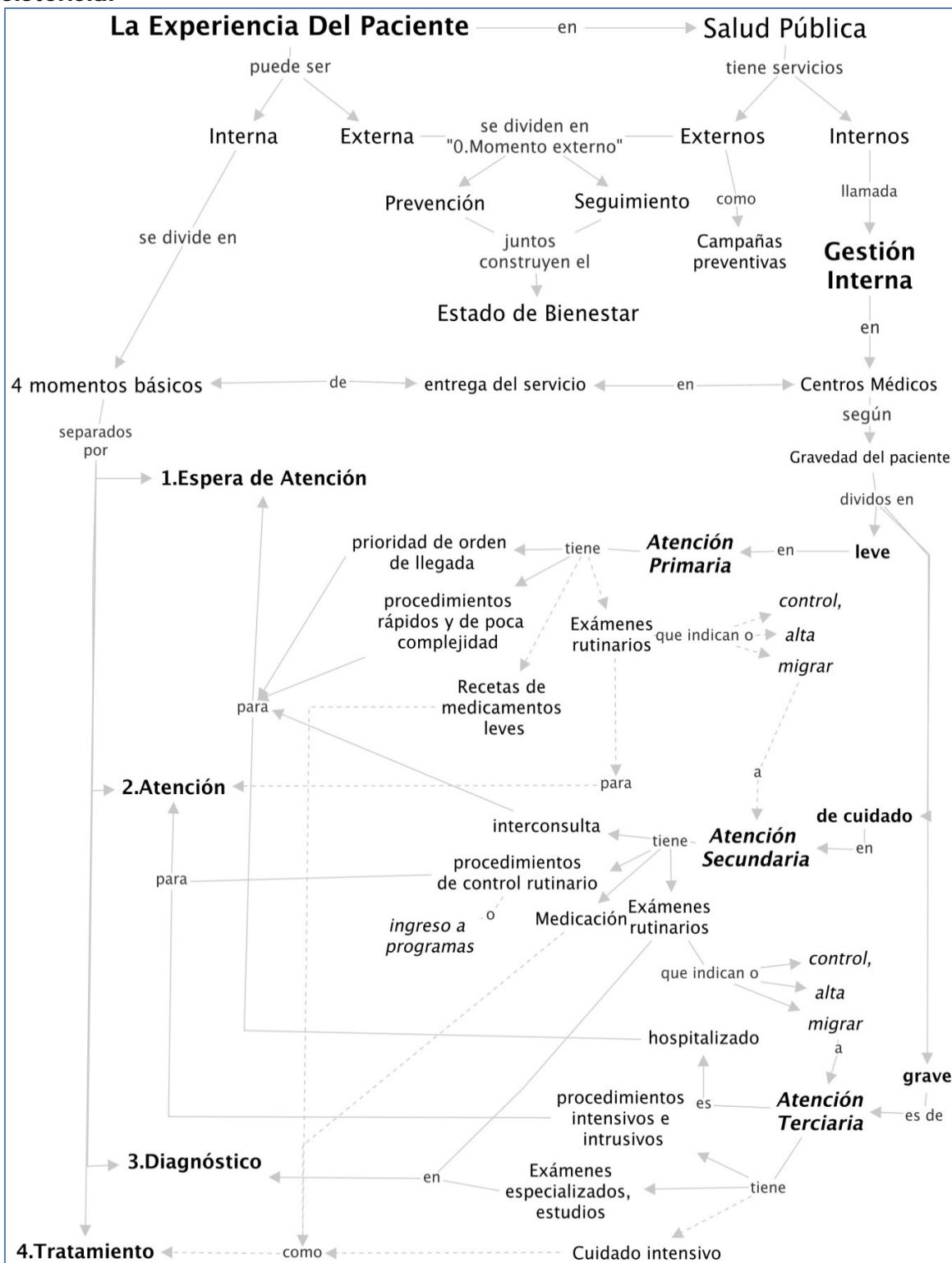
Como podemos observar, el modelo de red asistencial está definido en la Ley, tanto en su significado operacional como en la definición de responsabilidades respecto de su funcionamiento.

Como se observa en la figura, las características de una red de atención están basadas sobre la complejización creciente de las intervenciones o prestaciones, conjunto a las demandas decrecientes de la población.

**Figura 2.5: Modelo clásico de complejidad de la atención de salud**



**Figura 2.6: Relaciones funcionales y flujos al interior del modelo de red asistencial**<sup>74</sup>



<sup>74</sup> Fuente de la figura: <http://blogs.ead.pucv.cl/servicios/2010/07/modelo-experiencia-actual-salud>.

La figura 2.6 plasma el itinerario de un paciente en una red de salud pública, y es muy útil para comprender desde el punto de vista del usuario como debe funcionar una red de salud. Al ingresar un paciente a un sistema de salud coordinado en red, puede transitar en diversas direcciones, a saber:

El sistema de salud pública tiene servicios internos y externos. Desde el punto de vista del paciente, puede utilizar uno o ambos de estos servicios, lo que hace que el paciente tenga una experiencia externa o interna en relación con el SdS.

En el ámbito externo, ambas confluyen en Sistemas de Prevención y Seguimiento, cuyo propósito es conseguir un Estado de Bienestar del paciente.

Cuando la experiencia del paciente requiere ser Interna, es que requiere contactar al sistema de salud (momentos básicos), lo que desde el punto de vista del SdS, genera entonces la presentación de los Sistemas de Gestión Interna, de forma que pueda entregar el servicio que el paciente demanda. Esta gestión interna, se demuestra a través de los establecimientos: Centro Médicos de Atención, de diversa complejidad según la necesidad del paciente.

Si la gravedad del paciente es leve, contactará a un centro de APS, donde tiene que esperar atención y se le atenderá por orden de llegada y se le realizarán prestaciones básicas: exámenes de baja complejidad, procedimientos mínimos y se le recetarán medicamentos básicos. Desde acá el paciente vuelve a su domicilio o podría requerir control posterior, que podría ser en el mismo nivel básico o ser derivado a un nivel de mayor especialidad, nivel secundario.

Si el paciente presenta un problema de mayor cuidado, va a requerir atención de mayor complejidad, en el nivel secundario, donde también se le realizarán exámenes, procedimientos y consultas más complejas y se llegará a un diagnóstico. Desde este nivel también el paciente puede ser dado de alta, devuelto al nivel primario o necesitar pasar a un nivel de mayor complejidad que es el terciario.

En algunos casos, el paciente puede presentar un problema grave, pasando entonces directamente al nivel terciario.

En el nivel terciario, el paciente puede ser hospitalizado, sometido a procedimientos complejos, exámenes complejos, estudios especializados y/o puede ingresar a una Unidad de Cuidados Intensivos.

Todo este conjunto de procesos ocurren en forma permanente y constituyen el sistema de atención sanitaria que procura, prevenir la enfermedad, minimizar los daños, obtener los diagnósticos y procurar tratamientos a los enfermos a través de la utilización de todos los recursos que el sistema dispone.

#### **II.3.1.1.3 Nivel 3**

Como se mencionaba al principio de esta sección para este nivel se han identificado un tipo de indicadores utilizados a nivel internacional para medir la efectividad de algunos

componentes de la Red. En los países desarrollados se utilizan diferentes indicadores para medir el desempeño de la RdU de cada país. A continuación, se presentan los indicadores que pudieron ser identificados a nivel internacional. En Reino Unido, por ejemplo, se definió como meta que las ambulancias respondieran un 75% de las llamadas de emergencias que amenazan la vida en ocho minutos o menos y que el 95% de las llamadas de condición grave pero que no necesita ser atendido inmediatamente sea menor a 19 minutos. El estándar de 8 minutos es compartido por una gran cantidad de sistemas de emergencia. También se definió como meta que ninguna persona esperará más de cuatro horas en un departamento de emergencia desde la llegada hasta admisión a una cama en el hospital. En Australia en cambio, el estándar definido es 8 horas. Por último, en el mismo Reino Unido se definió un tiempo máximo de espera de traslado a otro lugar de 75 minutos.

En Francia, en tanto, en términos de atención pre hospitalaria se definió como meta el arribo a la lugar en 10 minutos para al menos un 80% de las llamadas y en 15 minutos en al menos el 95% de las llamadas<sup>75</sup>.

Por otro lado, en términos de accesibilidad en Holanda<sup>76</sup> se definió como estándar que cualquier persona tenga acceso a servicios de urgencia a menos de 30 minutos de viaje y 15 minutos en caso de ser urgente.

En Chile, a pesar de que no contamos con información respecto de los tiempos de llegada de móviles o de tiempos de viaje hacia un servicio de urgencia, contamos con algunos indicadores que nos permiten aproximarnos a la evaluación de estos estándares para el tiempo de espera de hospitalización en las UEH.

En cuanto al tiempo de espera desde la llegada hasta la admisión a una cama de hospital, contamos con la información entregada por el DEIS MINSAL sobre el indicador de oportunidad de hospitalización para pacientes desde la UEH, el que mide la cantidad de pacientes que, teniendo indicación de hospitalización, son hospitalizados antes de 12 horas. Este indicador es descrito con más detalle en los capítulos III y VI, pero basta consignar que en el 2013 sólo un 65,85% de los pacientes eran hospitalizados antes de las 12 horas.

El indicador de oportunidad de hospitalización del REM da cuenta de un prolongado tiempo de espera para hospitalización como para el alta, lo que indica una atención de calidad insuficiente. Sin embargo, es difícil diferenciar si esto se debe a deficiencias en la gestión de la misma UEH o del hospital que debe proveer las camas para la hospitalización de los pacientes. En terreno, los jefes de urgencia reportaron serias dificultades para conseguir camas en el hospital para trasladar a los pacientes ya estabilizados. Esto es consistente con los hallazgos encontrados en el Capítulo III respecto a las brechas de cama según los datos de la OCDE.

---

<sup>75</sup> Health Information and Quality Authority (HIQA). Pre-hospital emergency care key performance indicators for emergency response times. Oct-2012.

[https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CQ8QFjACahUKEwjJz\\_6Xg\\_HIhVEh5AKHWB2A2Y&url=http%3A%2F%2Fwww.hiqa.ie%2Fsystem%2Ffiles%2FPre-hospital-emergency-care-KPIs-Oct-2012.pdf&usg=AFQjCNFAD8J3qEhiyKzVv7J5tW8A75oahg&sig2=x1PatS2bEQFsvT79sOs7CA](https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CQ8QFjACahUKEwjJz_6Xg_HIhVEh5AKHWB2A2Y&url=http%3A%2F%2Fwww.hiqa.ie%2Fsystem%2Ffiles%2FPre-hospital-emergency-care-KPIs-Oct-2012.pdf&usg=AFQjCNFAD8J3qEhiyKzVv7J5tW8A75oahg&sig2=x1PatS2bEQFsvT79sOs7CA)

<sup>76</sup> Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition, 2010; 12(1):1-229.

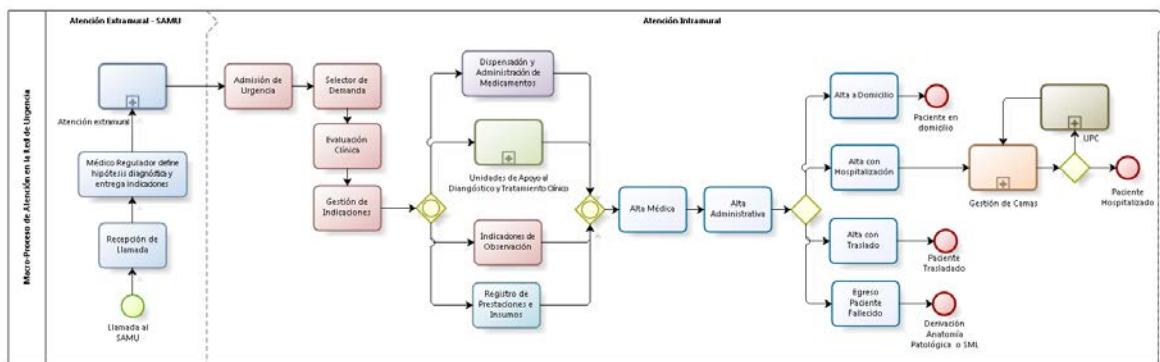
## II.4. Descripción del macro-proceso de atención en la RdU<sup>77</sup>

### II.4.1. Macro – Proceso de la Atención de Urgencia: Nodos Críticos<sup>78</sup>

El análisis del análisis de las entrevistas y pautas de cotejo realizadas durante el trabajo en terreno, junto con la observación de los distintos establecimientos visitados, permite identificar nodos críticos que impiden optimizar el proceso asistencial asociado a la atención de urgencia.

En la siguiente figura es posible visualizar el Macro – Proceso de Atención de Urgencia simplificado desde el segundo nivel de análisis descrito en informes previos. Es decir, se identifican los nodos críticos que determinan la viabilidad del proceso de atención desde la perspectiva de red.

**Figura 2.7: Macro proceso de la atención de urgencia simplificado**



Fuente: elaboración propia.

La entrada al macro proceso está determinada por múltiples factores incluyendo el actor principal de este proceso, el usuario y su familia. Al analizar las distintas vías de entrada al proceso de atención urgencia, es posible visualizar varias condiciones que dificultan el acceso a la atención en los distintos establecimientos que conforman la red asistencial.

Desde esta perspectiva, no existe información adecuada para orientar a la población que requiere atención de este tipo. El servicio entregado por Salud Responde se basa en la atención telefónica, sin contar con información actualizada de las redes de salud y sus horarios de atención. Tampoco existe información sobre aspectos básicos de manejo de las principales patologías que dan origen a las consultas a través de un portal web o aplicación equivalente, para mejorar la orientación hacia el nivel de atención más acorde a su necesidad real de atención, es decir atención primaria o unidades de emergencia hospitalaria.

Salvo excepciones tanto a nivel de Servicios de Salud y algunos establecimientos de mayor complejidad, la visión es concordante para el segundo y tercer niveles de análisis, respectivamente.

<sup>77</sup> Basado en opinión de expertos y el documento Mapas de Proceso de la Atención de Salud. División de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Año 2015.

<sup>78</sup> El Anexo 1.9 contiene un análisis organizacional y funcional de la RdU y sus mecanismos de coordinación.

En el mismo sentido, no existe un sitio web adecuado que permita informar sobre el funcionamiento del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU). Ni siquiera el SAMU<sup>79</sup> de la RM que por su área de cobertura y población asignada corresponde al de mayor complejidad, cuenta con un sitio web con información mínima contenido orientación básica para el mejor uso de este recurso.

Salvo iniciativas locales observadas en los portales web de cada SdS, se entrega información sobre las redes asistenciales y los establecimientos que las conforman. Estas deficiencias generan dificultades al interior de las redes en ambos sentidos, es decir, desde el segundo nivel de análisis al tercer nivel de análisis y viceversa. Esto implica que un nodo crítico que funciona inadecuadamente a nivel de los componentes de la red de urgencia como por ejemplo el SAMU, repercute en el funcionamiento global de la red.

#### **II.4.2. Ingreso al macro-proceso**

##### **Ingreso a través del SAMU**

Si bien se observa cierta homogeneidad en el subprocesso de recepción de llamadas, orientación telefónica y despacho de los móviles en las 2 redes de salud estudiadas, no hay claridad respecto a la capacidad de gestión adecuada y análisis de las llamadas recibidas a nivel nacional. Si bien cuentan con sistemas que permiten el registro de información básica de cada una de las llamadas, los sistemas tecnológicos asociados a este registro no funcionan adecuadamente lo que hace que la información recolectada no sea lo suficientemente confiable para la toma de decisiones. No hay capacidad para integrar la información proveniente de las distintas redes de atención que cuentan con SAMU, de manera de realizar un análisis global de los requerimientos hechos a través de las líneas telefónicas por la población.

Si bien existen elementos tecnológicos que permiten una adecuada coordinación y comunicación al interior de cada SAMU estudiado con relación a sus respectivas redes, la impresión obtenida a partir de las entrevistas es notoriamente diferente. En la RM esta coordinación con los establecimientos de la red se hace caso a caso y en situaciones puntuales sin mayor claridad a los procesos y mecanismos de coordinación existentes. Una visión distinta se obtuvo de las entrevistas y visitas realizadas en la red de salud del SS O'Higgins. La disposición en microredes, generalmente en relación a la organización administrativa provincial, con un hospital base haciendo de cabecera de red, sumados a los hospitales de mediana complejidad, que a su vez cumplen el rol de cabecera de la microred, genera una mejor coordinación en el nivel local, según lo expresado por los distintos equipos clínicos. Esto permite a su vez, una mejor coordinación de las flotas de ambulancias, independiente de la dependencia administrativa de los móviles empleados en el transporte y rescate de los pacientes de la red.

Según el tercer nivel de análisis, desde la perspectiva de los establecimientos del nivel primario de atención que forman parte de la atención de urgencia, todos manifiestan la impresión que los hospitales a los cuales derivan sus pacientes, retienen los móviles en forma innecesaria, con el solo propósito de contener la demanda existente desde este nivel

---

<sup>79</sup> SAMU Región Metropolitana. Sitio web <http://samumc.redsalud.gob.cl/>, visitado el 13 de octubre de 2015.

de atención. Existen múltiples testimonios de espera incluso mayor a 24 horas, en que el móvil y tripulación quedan a la espera de la evolución de la atención del paciente en el hospital de destino. Esto también fue manifestado por los equipos clínicos pertenecientes a los SAMU entrevistados.

De fondo, lo que está expresado en los testimonios recogidos y observación realizada, es que no existe una gestión de flota de todos los móviles pertenecientes a una red de salud determinada. Los SAMU cuentan con sistemas que les permiten en tiempo real la localización exacta de cada móvil en terreno, pero el resto de los vehículos disponibles pertenecientes a los establecimientos de atención primaria y hospitalaria, tienen mecanismos de coordinación diferentes. Esto genera en reiteradas oportunidades, que se realicen trasladados empleando móviles que no coinciden con la complejidad de cada paciente, es decir, vehículos de alta complejidad pueden trasladar a pacientes compensados que pueden requerir móviles con soporte vital básico, mientras que otros de mayor complejidad y riesgo vital evidente, pueden ser trasladados en móviles que cuentan con capacidades de soporte limitadas.

Finalmente, al menos las instalaciones del SAMU de la RM, no cuentan con las comodidades mínimas esperadas para que un equipo de alta especialización desarrolle sus actividades de gestión de las solicitudes de atención a través de las llamadas telefónicas.

### **Ingreso a SAPU, SUR o UEH**

En general desde la perspectiva del tercer nivel de análisis, el subprocesso de admisión existente en los distintos establecimientos de la red asistencial, es bastante similar. Puede resultar de menor complejidad en los SAPU y SUR, dado la homogeneidad de la población que asiste a estos establecimientos, donde la gran proporción corresponde a beneficiarios del seguro público de salud, FONASA. Sin embargo, es posible observar ciertas distorsiones, especialmente en las UEH de los hospitales de menor y mediana complejidad, en el sentido de recibir pacientes para la realización de procedimientos complementarios a los cuidados de salud, como curaciones y continuidad de tratamientos ambulatorios. Esto se debe principalmente, a que estos establecimientos suelen ser la única alternativa de atención disponible en ciudades de pequeño y mediano tamaño de las provincias respectivas, generando que toda la implementación existente para entregar atenciones de salud de la complejidad necesaria para patologías de mayor gravedad, sea empleada en atenciones que podrían ser manejadas en otros dispositivos de la red.

### **SD**

A este nivel, se observa una diferencia importante entre el nivel de atención primaria y las UEH. Si bien existe la definición de categorización de los pacientes que consultan en los SAPU y SUR, se subentiende que la menor complejidad de los casos que consultan en estos establecimientos, no requiere realizar la categorización a todos los pacientes que consultan. Esto se debe en parte, a que el personal que realiza esta atención corresponde a TENS<sup>80</sup>, sin la supervisión de personal de enfermería, debido a la limitada presencia de estos profesionales en establecimientos de este tipo. A esto se suma, que si bien existe una

---

<sup>80</sup> Técnico en Enfermería de Nivel Superior.

categorización estándar a nivel nacional con 5 categorías bien definidas, el cómo se llega a ella es usuario dependiente. Similar situación se observa en establecimientos hospitalarios de baja y mediana complejidad, donde existe atención de urgencia integrada (adultos, niños y gineco-obstetricia). En algunos de estos establecimientos, en especial en aquellos que cuentan con un ingreso y selección de demanda único, ante la falta de definiciones de cómo categorizar a los pacientes, los casos de trabajo de parto o parto inminente, son catalogados como C1 (gravedad máxima), bajo la perspectiva discutible que existe riesgo vital de no mediar atención inmediata, alterando las estadísticas y posibilidad de gestión diferenciada de este tipo de pacientes.

### **Evaluación clínica**

Los testimonios recogidos en los distintos establecimientos manifiestan la enorme dificultad que enfrentan los establecimientos para la contratación de médicos que desarrollen sus actividades clínicas en cualquiera de los componentes de la red asistencial. Gran parte de ellos funcionan con médicos generales de limitada experiencia en el manejo de pacientes de alta complejidad, con alta rotación de los mismos, lo que impide un buen funcionamiento y coordinación de las distintas instancias que componen las redes. A esto se suma un importante cambio observado en el mercado de contratación médica, donde los profesionales tienden a preferir los contratos a través de la prestación de servicios por sobre la contratación en los habituales cargos existentes en las UEH. Si bien esto genera condiciones laborales de mayor precariedad, los profesionales pueden acceder a rentas mucho más altas que aquellas que podrían conseguir a través de la contratación por las leyes que regulan el trabajo médico en las redes públicas de salud.

Los establecimientos para contar con profesionales médicos, tienden a competir entre ellos ofreciendo diferencias importantes en el valor hora de las remuneraciones entregadas, generando un nivel de competencia no deseado al interior de las propias redes y una peligrosa asimetría en relación a las experiencia y capacidades existentes entre los establecimientos que son capaces de ofrecer rentas superiores, sin que necesariamente se ajuste al nivel de complejidad esperado para cada uno de los establecimientos comprometidos. En este mismo sentido, desde el punto de vista administrativo, para los gestores la compra del recurso médico en función de horas de trabajo, resulta de mayor "eficiencia" ya que puede asociarse directamente el valor hora pagado con la producción esperada y observada, evitando el pago de los permisos administrativos contemplados en las leyes respectivas, así como también, los mecanismos de protección laboral como las licencias médicas y otros afines.

En relación a las características de esta etapa, se aprecia un incipiente esfuerzo por dotar de mayor capacidad resolutiva a los establecimientos de mayor complejidad, ya sea a través de la implementación de servicios de apoyo como laboratorio e imaginología en horario continuado, así como también instancias de telemedicina o teleconsulta facilitando la toma de decisiones en el primer nivel de atención, evitando traslados innecesarios y la sobredemanda de evaluaciones de especialistas sin indicación clínica. En el mismo sentido, la implementación progresiva de los SAR en distintas redes de salud, ayudará a mejorar la capacidad diagnóstica en el primer nivel de atención.

### **Gestión de indicaciones**

En este nivel es posible apreciar una importante diferencia en el tipo de indicaciones que son posibles de entregar en los distintos establecimientos de las redes asistenciales. Sin embargo, existe una importante dificultad que se observa en prácticamente todos los establecimientos y que es reconocido por los entrevistados, en el sentido de no contar con un registro adecuado de las prestaciones entregadas durante la atención de urgencia. Muchos de estos se basan en la práctica habitual, sin que necesariamente quede registro de ello en los distintos sistemas de información empleados (papel o electrónico). Esto es una importante fuente de pérdida de recursos por el difícil, por no decir imposible, manejo manual de la mayor parte de las actividades y prestaciones realizadas, incluyendo aquellas de mayor complejidad y mayor costo relativo. A su vez, genera un incentivo perverso en el sentido de atraer a beneficiarios de los seguros privados, dado que el cobro efectivo por atenciones equivalentes, es mucho menor por la incapacidad de registrar todo lo realizado incluyendo los insumos utilizados. Esto impide a su vez, que los ingresos propios generados a través de este tipo de atenciones, refleje el real grado de utilización de los recursos empleados en la realización de dichas prestaciones.

### **Alta**

Respecto al alta, en esta etapa la diferencia principal está dada por la opción de alta con hospitalización, que solo puede ser realizada en los establecimientos hospitalarios siguiendo la lógica de los cuidados progresivos de salud y los distintos niveles de complejidad existentes en la atención de urgencia.

### **Gestión de camas**

En este caso, se observa una gran carga de trabajo realizado por equipos locales para la adecuada gestión de uno de los recursos más escasos de las redes asistenciales: las camas hospitalarias. Sin embargo, una parte importante del trabajo corresponde a trabajo manual de búsqueda y registro de información en sistemas de información que entregan una visión parcial del recurso cama en las distintas redes del país. A pesar de esto, existe una cierta sensación de discrecionalidad en la gestión de las camas disponibles, que no siempre obedece a la condición de salud del paciente requirente de este recurso. A esto se agrega el manejo manual de la información en el sistema de registro, que presenta una latencia importante entre lo que realmente ocurre con el recurso cama y lo que está reflejado en el sistema de la Unidad de Gestión de Camas Central (UGCC). Esto puede generar que pacientes se mantengan a la espera de una cama más allá del tiempo recomendado, o incluso, que puedan ser derivados al extrasistema con el correspondiente gasto asociado.

### **UPC**

En general, existe una gran variabilidad respecto a las capacidades instaladas en los distintos establecimientos que cuentan con camas UPC. Esta alta variabilidad es explicada por los equipos locales según la historia y antecedentes que dieron origen a estas unidades, lo que tiene a determinar los niveles de complejidad que manejan y la orientación clínica de cada una de ellas. Esto dificulta la planificación ordenada del crecimiento de las UPC en número y tipos de camas que existen al interior de las redes asistenciales.

Respecto a la gestión de este recurso, los entrevistados refieren que dado que la información existente en el sistema de información de la UGCC no es tiempo real, no hay certeza plena de la real disponibilidad de este escaso recurso, incluso si se considera la capacidad instalada en redes privadas de atención.

### **Conclusiones del análisis del proceso asistencial en la RdU**

Para estructurar el análisis, se utilizará el concepto de Cadena de Valor acuñado por Michael Porter, en su libro "Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance" de 1985<sup>81</sup>. El análisis de la cadena de valor describe las actividades dentro y fuera de la organización, y las relaciona con la capacidad competitiva de ésta. A partir de esto, evalúa de qué manera cada actividad añade valor en el proceso productivo para generar un servicio o producto que beneficie al cliente.

En este modelo se distinguen actividades primarias y secundarias o de soporte. Las primarias están directamente relacionadas con la creación de un producto o servicio, las que pueden agruparse en 5 grandes áreas: Logística de ingreso, Operaciones, Logística de Egreso, Marketing y Ventas, Servicio. Cada una de estas 5 áreas está ligada a actividades de soporte, las que se agrupan en Abastecimiento, Desarrollo Tecnológico (que incluye Investigación y Desarrollo), Gestión de Recursos Humanos e Infraestructura. Esta última área incluye sistemas de planificación, finanzas, calidad de servicio, sistemas de información, etc. Esta aproximación es particularmente útil entornos de red donde los resultados esperados dependen de una serie de diversas actividades de alta complejidad y de distintos componentes o establecimientos.

Si bien originalmente, está pensada para entornos productivos de tipo empresarial e industrial, el continuo estudio bajo esta perspectiva, ha permitido traspasar este esquema de análisis a prácticamente cualquier área productiva incluyendo salud. Es el propio Porter, quien propone un esquema de análisis para el sector salud, basado en el modelo de la Cadena de Valor<sup>82</sup>. En la siguiente figura se puede observar el esquema mencionado<sup>83</sup>.

---

<sup>81</sup> Porter, M. E. *The Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. NY: Free Press, 1985. (Republished with a new introduction, 1998).

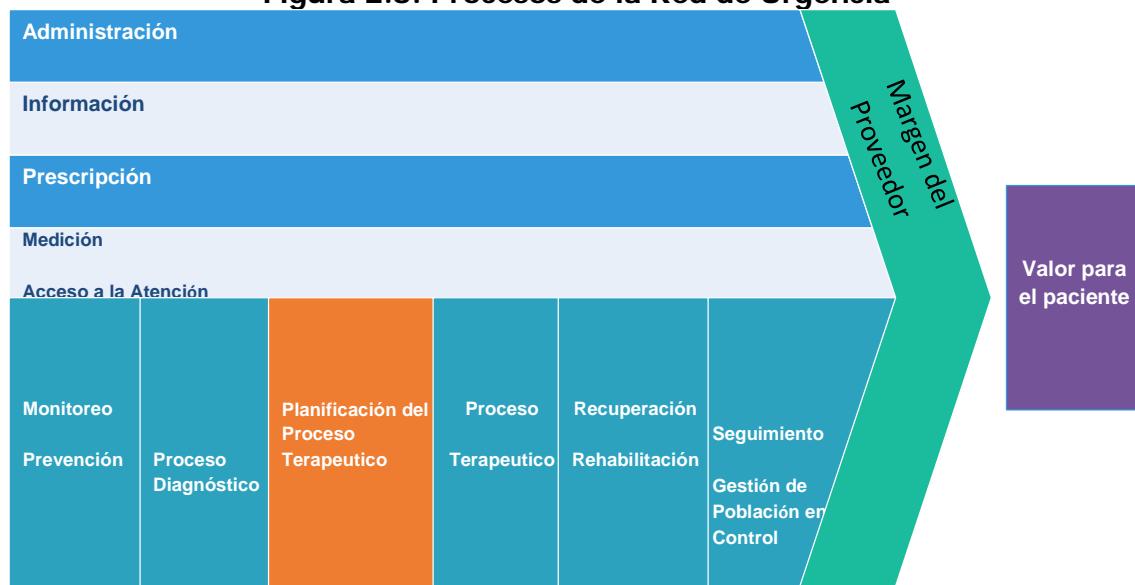
<sup>82</sup> Porter, M.E. 2005. "Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results". Harvard Business School

Press.

[http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/20050627%20IHI%20Impact%20Meeting%2006272005%20Final-NV\\_c5acc589-9f69-48db-9c64-75df74dc30a5.pdf](http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/20050627%20IHI%20Impact%20Meeting%2006272005%20Final-NV_c5acc589-9f69-48db-9c64-75df74dc30a5.pdf).

<sup>83</sup> El Anexo 1.10 contiene un análisis de la cadena de valor del proceso asistencial de la RdU.

**Figura 2.8: Procesos de la Red de Urgencia**



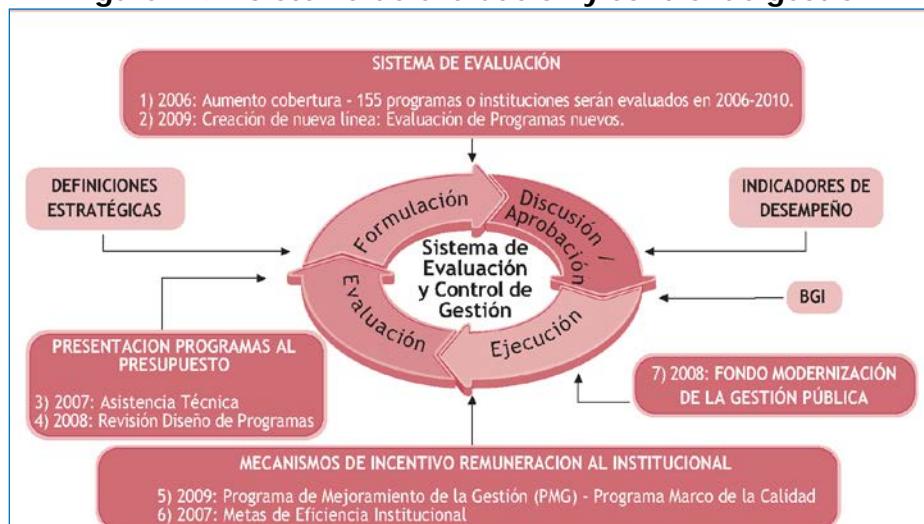
Fuente: Elaboración propia en base a Porter 2005

## II.5. Análisis y evaluación de los procesos de seguimiento, monitoreo y evaluación y de la información generada de los ECE

### II.5.1. Metodología

El objetivo del capítulo es analizar y evaluar las actividades de seguimiento, monitoreo y evaluación que utiliza cada componente de la Red, y la instancia en la que radica la responsabilidad de estas funciones en relación a la capacidad para llevarlas a cabo. Para ello, se utiliza el siguiente esquema de análisis:

**Figura 2.9.: Sistema de evaluación y control de gestión**



Fuente: DIPRES (2010): Presupuesto por Resultados y la Consolidación del Sistema de Evaluación y Control de Gestión del Gobierno Central.

## **II.5.2. Aplicación Encuesta y Resultados**

La principal herramienta utilizada es la aplicación de un cuestionario a los ECE de la muestra. Este cuestionario fue aplicado en los centros visitados levantando información de interés.

### **a. SAPU y SUR**

- ✓ Medición: Se realiza de manera constante un seguimiento de la actividad en la APS, de manera de lograr un mejoramiento en la gestión y resultados clínicos. Esta medición es llevada a cabo por profesionales de cada uno de los establecimientos, y pueden ser administrativos o profesionales del área de la salud (TENS o enfermeras).
- ✓ Integrabilidad de la información: La información para la gestión clínica (hora de atención, clasificación de enfermedades, etc.) tiene un rezago máximo de un mes, considerándose además que son fidedignos. Sin embargo, suelen adolecer de dos problemas: en primer lugar, la ausencia de una unidad especializada en recolección y procesamiento de la información y, en segundo lugar, no existe un sistema informático que permita una adecuada trazabilidad de los registros, registrándose o en papel o en excel.
- ✓ Análisis de la Información: Aún con estos inconvenientes la información obtenida ha permitido importantes mejoras: por ejemplo el SAPU de Pedro Aguirre Cerda solía ser de 24 horas con financiamiento municipal; sin embargo, gracias a la información obtenida a través de los indicadores se logró precisar que no era necesario ni eficiente mantener abierto el SAPU por esa cantidad de horas. Gracias a lo anterior pudo tomarse la decisión de no transformarlo en un SAPU largo. En general, en todos los SAPU se observa esta situación de mejoramiento continuo.
- ✓ Seguimiento: No existe una labor especial de seguimiento cuando se aplican los cambios derivados de este proceso de mejoramiento continuo, cuando los hay, sino que se busca la mantención de los resultados a través de la medición rutinaria de los indicadores. En definitiva, existe un espacio para mejora a través de la sistematización de estas actividades de seguimiento.

### **b. SD**

- ✓ Medición: En todas las instituciones donde se aplica categorización existe un registro de la información más básica, esta información es registrada de manera mixta. El procedimiento más habitual es que al ingreso es llevada de manera electrónica, ingreso del paciente, pero el resto del proceso es llevado en registros manuales que luego son llevados a sistemas informáticos.
- ✓ Integrabilidad de la información: Tiende a ser información confiable. Cabe hacer notar que existe un caso muy particular que es el Hospital Dr. Exequiel González Cortés que, en conjunto con la Facultad de Ingeniería de la Universidad de Chile, desarrollaron una aplicación la cual permite realizar rápidamente la

categorización introduciendo una serie de parámetros estándares. Sería interesante poder estudiar la efectividad y eficiencia de esta aplicación y ver la posibilidad de extenderla hacia otras instituciones, en las cuales este procedimiento es llevado a cabo por profesionales del área de la medicina sin apoyo informático, sino más bien sobre la base de la experiencia.

- ✓ Análisis de la Información: Esta información es revisada constantemente de manera de lograr dos objetivos primordiales, que todos los pacientes sean categorizados y que esto sea en el menor tiempo posible.
- ✓ Seguimiento: Es revisado para mantenerse dentro del estándar solicitado. Esta estrategia de categorización ha tenido resultados positivos, como se puede ver en el capítulo de indicadores, donde el porcentaje de pacientes categorizados ha ido aumentando a lo largo del período de evaluación.

#### c. SAMU

Sin información para este acápite.

#### d. UEH y UPC

- ✓ Medición: En estas unidades se tiene gran cantidad de indicadores que son medidos regularmente.
- ✓ Integrabilidad de la información: La información obtenida es de buena calidad y permite tomar decisiones, sin embargo se observan las siguientes fuentes de mejora:
  - No todos los hospitales de la muestra tienen un sistema adecuadamente informatizado, en algunos casos este es mixto, con registros en sistemas y registros manuales. Los hospitales de mayor complejidad tienen mayor cantidad de recursos destinados al registro de la información y por ende mejores sistemas, en tanto que los de mediana y baja complejidad no disponen de los recursos humanos y tecnológicos suficientes para dichas actividades. No obstante, gran parte de los hospitales se encuentran en transición a un DAU completamente informatizado. Por lo tanto, si bien en el ínterntanto no se puede asegurar la trazabilidad debido a que no todo se encuentra registrado de manera electrónica, en el corto plazo esta situación debiera mejorar ostensiblemente.
  - La situación de no contar con registros electrónicos es mayor en los hospitales de mediana y baja complejidad. Esto se debe principalmente a la menor cantidad de recursos disponibles, tanto humanos como físicos.
  - Suele existir un rezago más allá de lo deseado para obtener los resultados de los indicadores.
  - A veces, los médicos no realizan un registro íntegro (esto suele estar asociado a la premura en la atención y el privilegio de la gestión clínica por sobre la administrativa), por ejemplo, no todos los diagnósticos se encuentran consignados en la base de datos.

- La trazabilidad no es fácil porque no está todo consignado de manera electrónica, por lo que a veces se debe acudir a los registros en papel y no todas las instituciones registran adecuadamente quién es el que llena este registro manual.
- En los hospitales de complejidad media, en muchas ocasiones las clasificaciones como el CIE-10<sup>84</sup> son hechas por personal administrativo, no por profesionales del área médica, por la escasez de recursos clínicos.

Un hecho importante es que los hospitales de mayor complejidad cuentan con unidades de estadísticas que se especializan en la recolección de esta información necesaria para los procesos de seguimiento y monitoreo.

✓ Análisis de la Información: La información es usada constantemente para solucionar aquellos problemas que están dentro del ámbito de acción de las autoridades de en cada uno de los hospitales en que se aplicó el instrumento afectando de manera positiva los procesos. Por ejemplo:

- Existía un alto flujo de pacientes que acudía a cambiarse la sonda vesical, por lo que se creó un sistema de enfermería ambulatoria creándose un protocolo. Este consiste en que la colocación de la sonda se realiza por primera vez en urgencia, derivando el paciente a enfermería ambulatoria para su recambio en horario hábil.
- Modificación de la cantidad de médicos por turno, reforzando según demanda.
- Disminución de los tiempos de espera.

En el proceso de decisión de cambios necesarios intervienen la jefatura de urgencia y la subdirección médica.

✓ Seguimiento: No existe una labor especial de seguimiento cuando se aplican los cambios, sino que se busca la mantención de los resultados a través de la medición rutinaria de los indicadores. En esta fase existen claramente espacios para mejorar el proceso, lo que permitiría medir y constatar lo que señalan los entrevistados.

#### e. SAUD

Sin información para este acápite.

### **Conclusiones**

La principal fortaleza, en este micro nivel, es que efectivamente existe una cultura de mejoramiento continuo, la cual puede tener mayor o menor fuerza (puede estar sistematizada o no, puede estar apoyada en recursos informáticos o no, puede existir una unidad específica para el control o no, etc.), pero siempre es significativa, conclusión que se basa en el resultado de las entrevistas realizadas a los responsables de las actividades de control, en las que se pudo constatar que la lógica o modelo de mejoramiento continuo se

---

<sup>84</sup> Clasificación internacional de enfermedades, décima versión.

encuentra inserta en el quehacer de éstos. Así, se puede notar que existe un proceso de planificación, el establecimiento de indicadores y metas, un control sobre estos (si bien este es uno de los puntos más débiles) y luego aplicación de medidas correctivas.

Además, del trabajo realizado en terreno se extrajo que en el proceso de mejora suelen participar el jefe de urgencia y la subdirección médica, si es que corresponde, lo que le da la importancia necesaria tanto al proceso de mejora continua como a los cambios que se originan de la evaluación que se realiza.

Finalmente, se debe destacar que, a pesar de la disparidad en el desarrollo de los sistemas informáticos, este desarrollo es un proceso que se encuentra presente en todas las instituciones analizadas, con proyecciones a corto o mediano plazo.

### **III. CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA Y ANÁLISIS DE LA RELACION OFERTA/DEMANDA EN LA RDU**

El objetivo del capítulo es cuantificar, analizar y definir la demanda y la oferta a nivel de urgencia tanto a nivel nacional como de cada ECE de la RdU. Es decir, se tratará el tema en torno a los Niveles 2 y 3 definidos previamente. El análisis se estructura en torno a la cantidad, complejidad y urgencia de las atenciones requeridas en cada nivel de atención y ECE de la Red.

Mediante la calificación y análisis del origen de la demanda y sus niveles de urgencia (C1 a C5, cuando corresponda), se evalúa la gestión de ésta y la adecuación de la oferta (atenciones de urgencia, traslados en ambulancia, camas críticas, turnos médicos, etc.) a las necesidades de la RdU.

Se realiza un análisis de la oferta y su adecuación a la demanda, y cómo se ajustan estos recursos a la demanda que cada ECE enfrenta, atendiendo especialmente a la heterogeneidad de la demanda local y a la capacidad de la oferta para satisfacerla. Este análisis se realiza sobre la información incluida en los informes de auditorías entregados por la DIPRES para los servicios a analizar en la RM y la Sexta Región. Esta información complementa con datos cuantitativos aquella obtenida en la muestra realizada y permite realizar el análisis presentado (el resultado de las entrevistas se considera sólo a modo de opiniones entregadas por los directivos consultados, no formando parte del análisis cuantitativo). Un complemento de esta sección se podrá encontrar en el Anexo 3.

La metodología de evaluación adecuada para el análisis de sistemas de salud complejos, se basa en una aproximación jerárquica ordenada a sus distintos componentes. Esta aproximación es estándar en análisis de sistemas y permite una aproximación secuencial ordenada a las áreas de gestión de operaciones y gestión de recursos<sup>85</sup>. Este marco de trabajo se complementa con las definiciones específicas presentadas en la literatura especializada tanto de urgencia<sup>86</sup> como de modelación y análisis de sistemas productivos en general<sup>87</sup>.

#### **III.1. Niveles de análisis de la relación entre Oferta y Demanda<sup>88</sup>**

La demanda que enfrenta la RdU y la oferta disponible para atenderla se caracteriza, de acuerdo al objetivo específico, en dos niveles:

- ✓ Nivel nacional.
- ✓ Nivel de SdS.

Cabe señalar que ambos niveles abordan la situación nacional, por lo que, y siguiendo la lógica de niveles planteada como eje de esta investigación, estos corresponden al nivel 2.

<sup>85</sup> <http://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:repub.eur.nl:10862> consultado el 13-Julio 2015.

<sup>86</sup> Hoot N, Arnosky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects and Solutions. Annals of Emergency Medicine. Vol. 52 (2); 126-136. Agosto 2008.

<sup>87</sup> Bhat, U. Narayan. 2008. An introduction to queueing theory modeling and analysis in applications. Boston, Mass: Birkhäuser. <http://rave.ohiolink.edu/ebooks/ebc/9780817647254>.

<sup>88</sup> Base de datos DEIS MINSAL.

En el **nivel nacional**, se considera como unidad de trabajo a la red completa. De esta forma, prima una descripción epidemiológica integrativa de la realidad nacional para generar un cuadro general de situación y contexto. La caracterización global apoyará a la generación de políticas nacionales, asignación de recursos y proyecciones a mediano y largo plazo.

La caracterización a **nivel de servicio** se enfoca en éstos y sus unidades constituyentes (ECE) por tratarse de la mínima unidad “independiente” (entendida como aquella donde los flujos de atenciones internos son muy superiores en cantidad a los flujos con otras unidades), que además está bajo el control de un mismo administrador y comparte recursos entre sus componentes.

Es de particular importancia el notar que este análisis permite estudiar la **relación de la demanda y oferta** en el escenario operativo y, dado que actualmente el sistema y su número de atenciones está determinado por la demanda (y no por una oferta con holguras de capacidad)<sup>89</sup>, permite caracterizar en forma más completa y real las dinámicas de actividad que se presentan en los distintos niveles de complejidad a lo largo del tiempo.

Por otra parte, este análisis permite comparar la demanda a la que está sometida el sistema con la oferta asignada a su resolución desde una perspectiva de la relación entre ambos, sin utilizar data de detalle que no está disponible actualmente, con lo que se evitan los problemas de heterogeneidad propios de un sistema de grandes dimensiones (en la estacionalidad, tipo de pacientes, capacidad resolutiva, entre otros).

### **III.2. Limitaciones**

El nivel de precisión y certeza de las inferencias obtenidas a partir del análisis de la data disponible es distinto en función del nivel de detalle y calidad del registro<sup>90</sup>. Así, se tiene que los registros para elementos de mayor complejidad tienen una desagregación mayor y cuenta con información no disponible para unidades de atención primaria (como SAPU o SUR). La mayor complejidad de esta limitación resulta de la escasez relativa de datos para aquellos puntos donde se atiende la mayor parte de la demanda<sup>91</sup> (SAPU, SUR) y obliga a realizar estimaciones con mayor nivel de incertidumbre para un elemento del sistema que se encuentra “aguas arriba” (o que ocurre más temprano) en el flujo de pacientes, afectando, por tanto, a los elementos subsecuentes en el sistema.

Es necesario considerar que la demanda de los SAPU puede ser fuertemente influida por parámetros operativos locales, como tiempo de espera para acceder a horas médicas en el consultorio (a falta de otras explicaciones epidemiológicas) y el potencial “rebalse”<sup>92</sup> que encontraría atención de esta manera.

Otra limitación importante resulta de la dificultad en estimar la demanda real (la atendida más aquella que abandona el sistema sin atención). Para este estudio no se dispuso de

---

<sup>89</sup> Situación de los sistemas de atención de Urgencia en Chile: Propuestas Técnicas para Mejorar su Gestión. Informe de la Comisión de Urgencias, Consejo General, Colegio Médico de Chile. Diciembre 2012.

<sup>90</sup> Auditoría UEH 2010.

<sup>91</sup> Documento: Antecedentes Red de Urgencia (UEH-SAMU-CC).

<sup>92</sup> “Rebalse” se refiere a la consulta que llega a SAPU por que no logró ser atendida en el consultorio por falta de horas médicas.

información que permita estimar la demanda que abandona el centro sin atenderse ni registrarse.

### **III.3. Caracterización de la demanda**

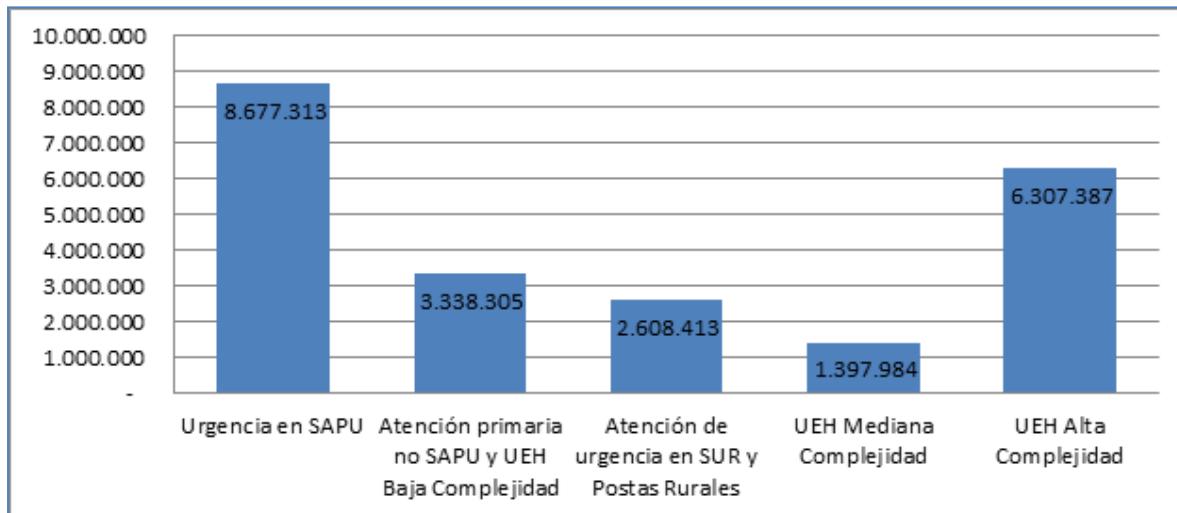
#### **III.3.1. Caracterización de la demanda a nivel nacional**

La generación de indicadores de demanda agregados a nivel país permite un diagnóstico de situación muy valioso para la definición de la estructura operativa de la red y la correspondiente asignación de recursos y capacidad resolutiva a nivel de Servicios. Esta información permite además aproximar la carga asistencial que cada componente del sistema está manejando y ayuda a identificar aquellos Servicios más y menos demandados en comparación a la media nacional.

A nivel general se observa que se está cumpliendo el criterio de que los volúmenes mayores de pacientes sean atendidos en niveles de baja complejidad, sin embargo la mayor parte de los pacientes atendidos en centros de alta complejidad corresponden a casos de baja criticidad que podrían ser resueltos a niveles primarios.

En el período 2009-2013, los componentes de baja complejidad (SAPU, SUR, APS no SAPU y UEH de baja complejidad) se hacen cargo del 66% de la demanda, quedando 6% a cargo de centros de mediana complejidad y 28% en centros hospitalarios de alta complejidad.

**Gráfico 3.1: Promedio de atenciones anuales: 2009 al 2012**



Fuente: elaboración propia a partir de datos DEIS MINSAL.

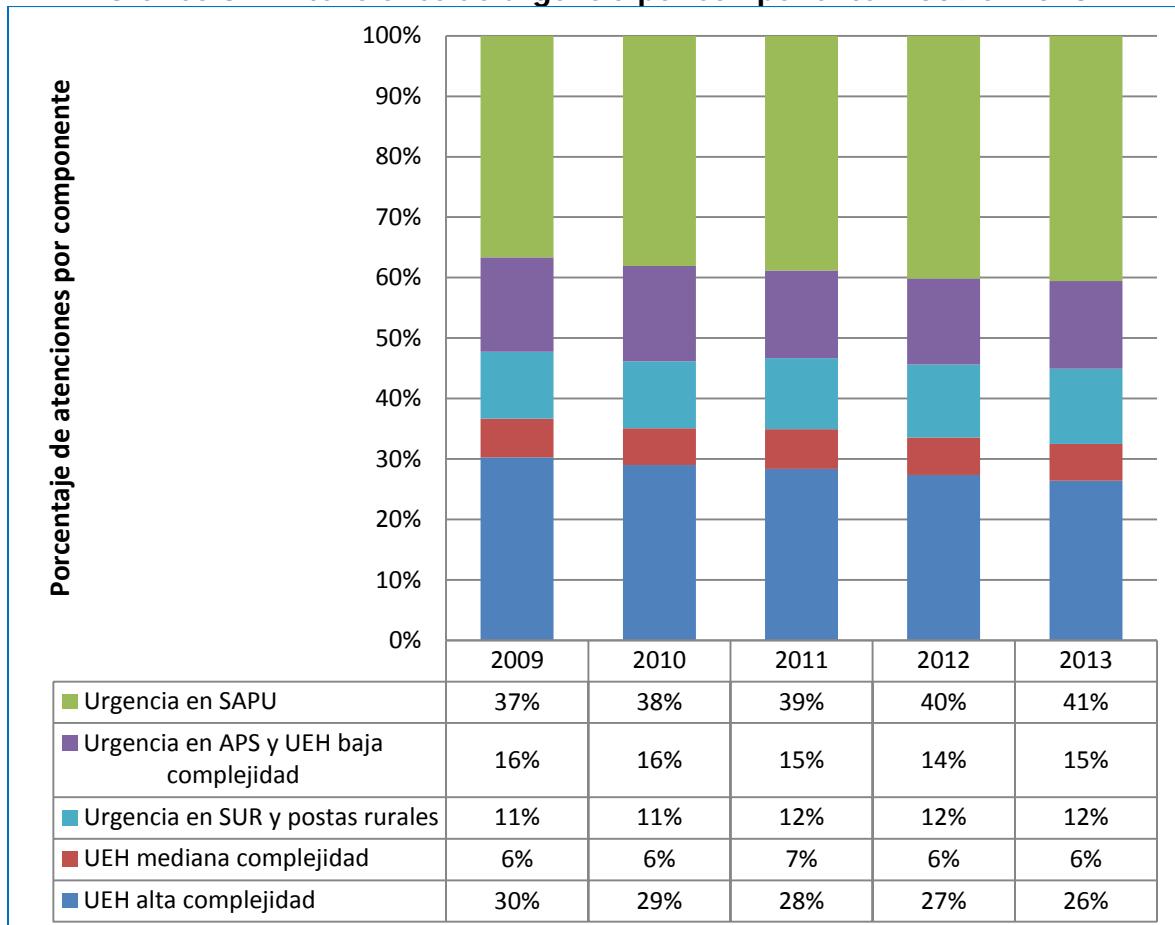
Esta distribución responde parcialmente a la lógica de diseño del sistema, ya que de acuerdo al modelo de complejidad creciente se espera que el menor volumen de prestaciones sea entregado en el nivel de mayor complejidad. Esto se corrobora al calcular el porcentaje de atenciones de urgencia que requerirían teóricamente un manejo de mayor complejidad, desde un 23% en el 2009 a un 16% en el 2013.

Esto responde al cálculo realizado a partir de los datos del DEIS MINSAL, que consideraron todos los pacientes categorizados como C1, C2 y C3 en las UEH de alta complejidad,

ademas de los pacientes derivados desde la APS que requerirían atención en un nivel de complejidad intermedia o alta. Por otra parte, se consideró a todos los pacientes atendidos en SAPU y los catalogados como C4 y C5 en las UEH que habrían requerido atención en el primer nivel de complejidad<sup>93</sup>. Los resultados de este análisis evidencian que la alta y mediana complejidad se responsabilizó entre un 37% en el 2009 a un 32% en el 2013 de toda la demanda de la RdU<sup>94</sup>.

El componente individual que absorbe mayor demanda en promedio durante el período de estudio es el SAPU, con un 39% de las atenciones. Esta situación es el resultado de un aumento sostenido en el período de estudio desde un 37% a un 41%.

**Gráfico 3.2: Atenciones de urgencia por componente: 2009 al 2013**



Fuente: elaboración propia a partir de datos DEIS MINSAL.

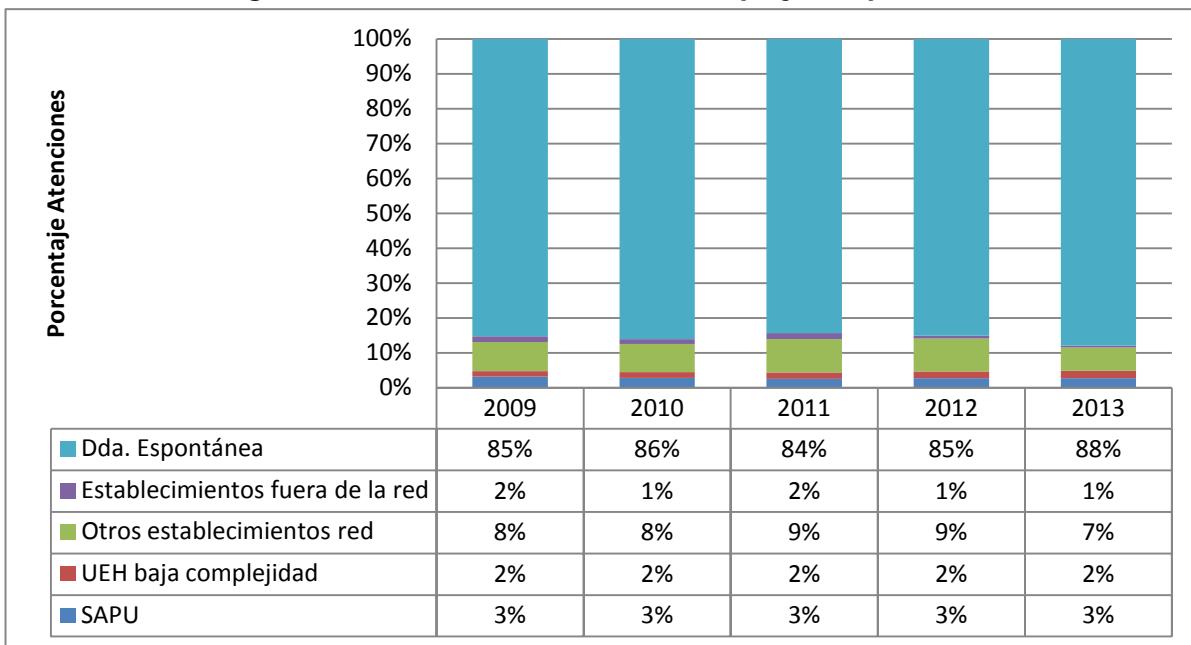
En el nivel de alta complejidad, para el período 2009 al 2013 la demanda promedio es de 6.307.331 atenciones con una disminución en la participación en el total de atenciones de urgencia desde un 30% a un 26%.

<sup>93</sup> Para una explicación más detallada del cálculo ver Anexo 3.1.

<sup>94</sup> El 37% del año 2009 es producto de la suma de un 30,3% de alta complejidad y un 6,4% de mediana complejidad.

El siguiente gráfico muestra cómo se compone la demanda para los centros de alta complejidad.

**Gráfico 3.3: Origen de la demanda, UEH alta complejidad período 2009 al 2013**



Fuente: elaboración propia a partir de datos DEIS MINSAL.

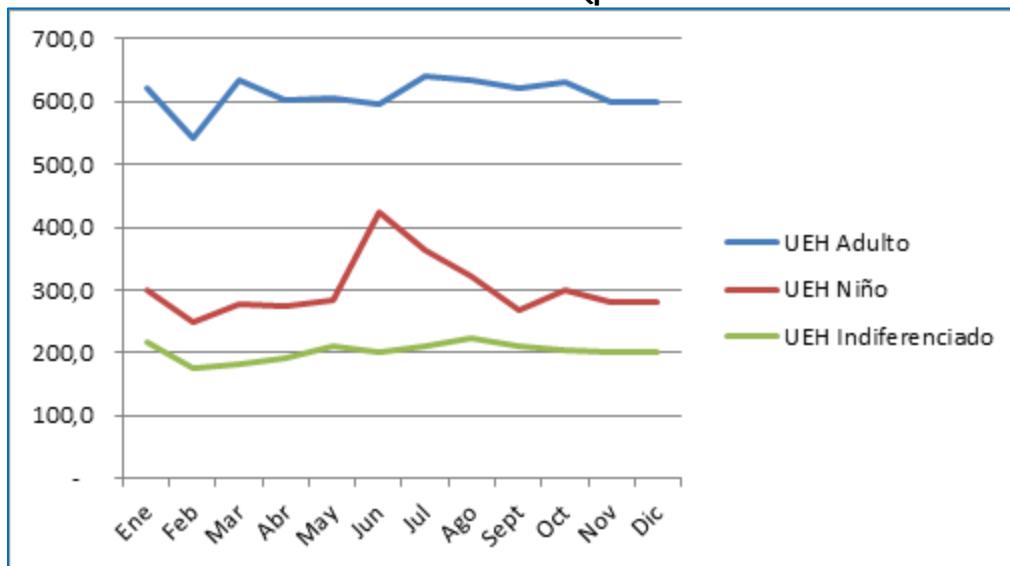
Como se observa en el Gráfico 3.3, el 86% de la demanda se origina espontáneamente, lo que corresponde a 5.406.159 atenciones (en promedio para el período). Esto podría indicar una insuficiente respuesta de los centros de baja complejidad como encargados de resolución de "primera línea", combinado con una expectativa de la población de obtener una solución a su problema de salud en un establecimiento de alta complejidad. Esto se complementa con el análisis en función de la categorización de complejidad donde se aprecia que, de los pacientes categorizados, el 91,3% de la demanda atendida en las UEH de alta complejidad del país durante el período 2009-2013, corresponde a categorías C3, C4 y C5, que son las de menor complejidad y riesgo vital.

La gran importancia relativa de la demanda espontánea en centros de alta complejidad no puede ser analizada en forma aislada, sino que debe ser vista a la luz de la complejidad clínica (nivel de riesgo vital) que enfrentan los pacientes. Sin embargo, la poca variación en el tiempo del porcentaje de atenciones derivadas versus espontáneas (que pasan de 85% el 2009 a 88% el 2013) comienza a dar luces de que se trataría de un problema estructural y no coyuntural. Esto se ve refrendado por el hecho de que el porcentaje de atenciones de pacientes C4-C5, en las UEH de alta complejidad, alcanzó alrededor de un 55% de los pacientes categorizados en el año 2013 (ver anexo 3.1), es decir, un porcentaje importante de la demanda espontánea correspondería a pacientes que debiesen ser pacientes referidos por la APS si y sólo si estos no logran resolver sus problemas en ese nivel.

Respecto de la estacionalidad de la demanda de consultas, el siguiente gráfico muestra cómo la demanda en el caso de los adultos es relativamente plana en toda época del año

con muy leve incremento en los meses de invierno, entendiéndose que la demanda de adultos es relativamente independiente de la estacionalidad, a diferencia del grupo pediátrico, que tiene un peak muy marcado durante el período invernal, del orden del 40% en relación a la media anual. Esto demuestra que la demanda sobre el sistema, en el caso del adulto es constante durante todo el año. Todas las curvas demuestran una caída en el mes de febrero, lo que sería producto del período de vacaciones estivales.

**Gráfico 3.4: Análisis de la estacionalidad (promedio nacional 2009-2011)**

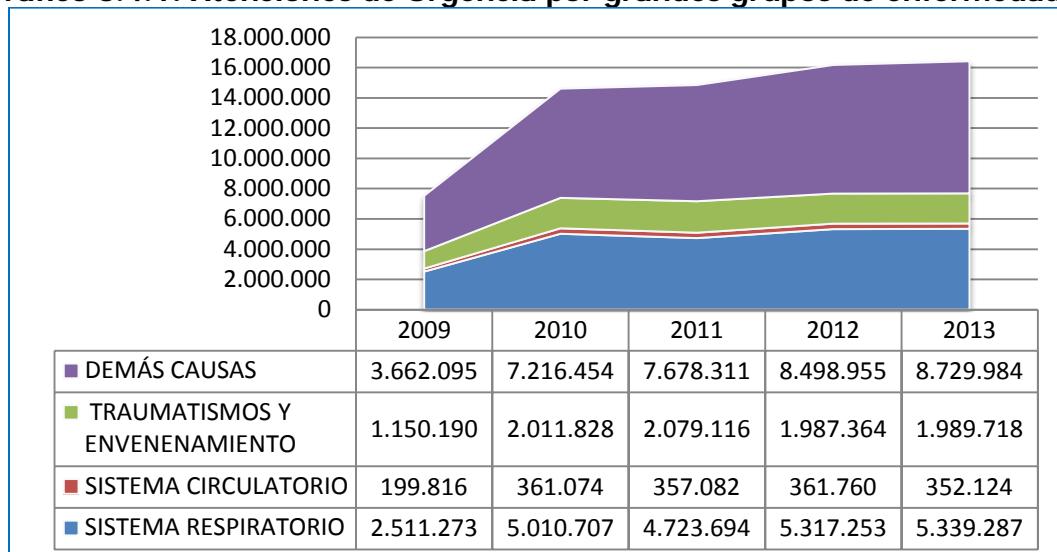


Fuente: elaboración propia en base data DEIS MINSAL.

En términos de los motivos de consulta más relevantes para la Red, a nivel nacional (a partir de datos disponibles en el DEIS MINSAL, para el período 2009 al 2013), se tiene que hay poca variación en el período en estudio a partir de la glosa consignada en este ítem<sup>95</sup>. Los motivos por grupo se exponen en los gráficos 3.4.1 a 3.4.4.

<sup>95</sup> Demás causas se refiere a un grupo variopinto de causas que de forma unitaria tienen muy baja relevancia. Dejan entrever la multiplicidad de motivos por los cuales las personas consultan a los distintos ECE de la Rdu.

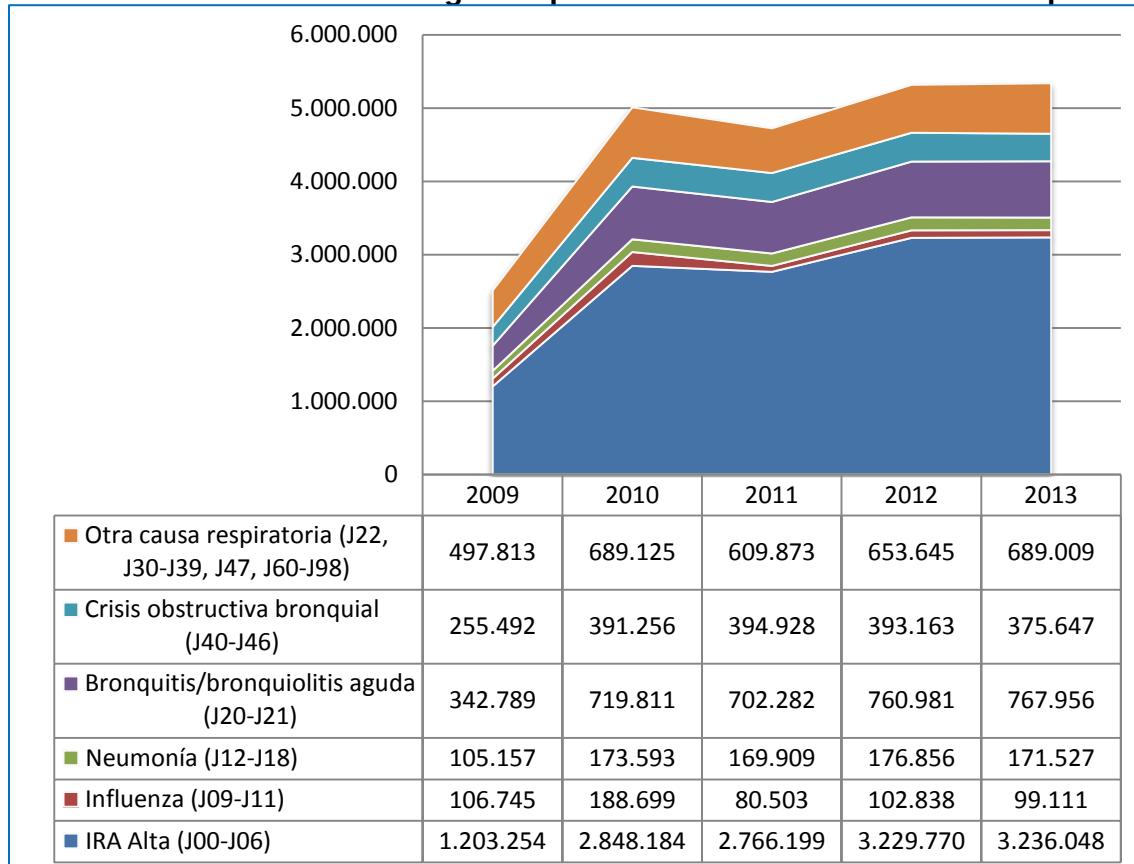
**Gráfico 3.4.1: Atenciones de Urgencia por grandes grupos de enfermedades**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos DEIS MINSAL.

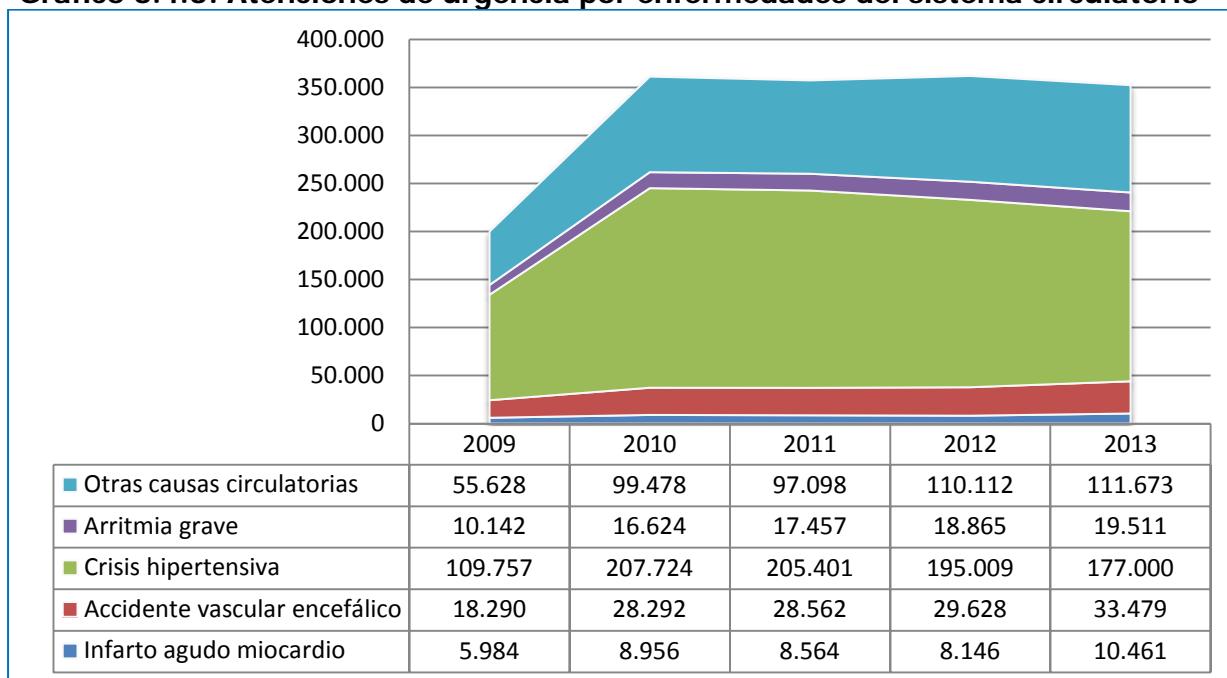
Una apertura de detalle para cada grupo se expone en los siguientes gráficos.

**Gráfico 3.4.2: Atenciones de Urgencia por enfermedades del sistema respiratorio**



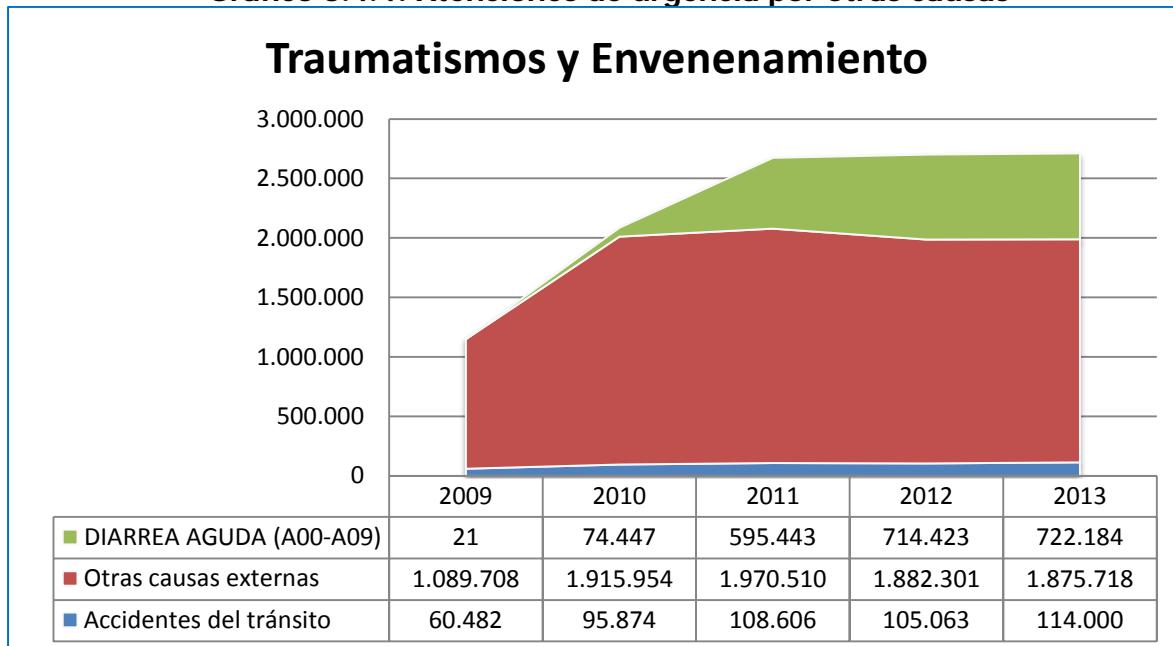
Fuente: elaboración propia a partir de datos DEIS MINSAL.

**Gráfico 3.4.3: Atenciones de urgencia por enfermedades del sistema circulatorio**



Fuente: elaboración propia a partir de datos DEIS MINSAL.

**Gráfico 3.4.4: Atenciones de urgencia por otras causas**

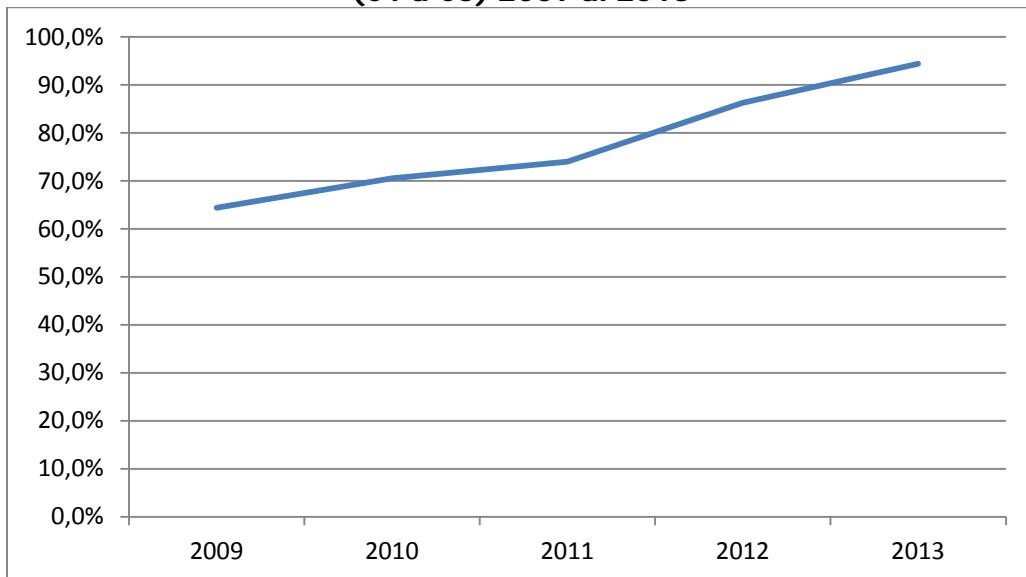


Fuente: Elaboración propia a partir de datos DEIS MINSAL:

### **III.3.2. Categorización de pacientes en la UEH de alta complejidad<sup>96</sup>**

Se dispone de datos para las atenciones en UEH provenientes del selector de demanda (SD), donde se clasifica según nivel de urgencia para los años en estudio (con detalle para cada Hospital, de acuerdo a la información entregada por MINSAL). Con esta información se comparó el grado de urgencia (C1 a C5) de las atenciones para los hospitales de la red y su evolución en el tiempo de estudio.

**Gráfico 3.5: Porcentaje del total de atenciones categorizadas (C1 a C5) 2009 al 2013**



Fuente: elaboración propia a partir de datos DEIS MINSAL.

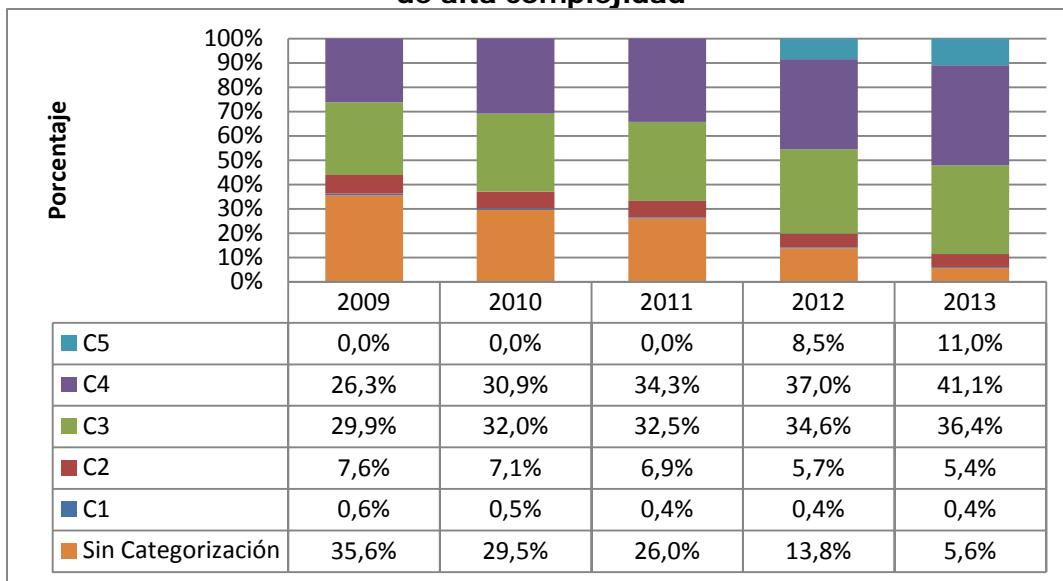
Es posible observar que el sistema de categorización ha mejorado a partir del 2009 y tendido a estabilizarse en más del 90% de las consultas de urgencia.

Al agrupar los casos categorizados como riesgo vital (C1+C2), se puede ver que su participación relativa en el mix de urgencia experimenta un descenso sostenido en el tiempo (pasando de 8,2% de las atenciones a un 5,8%), ver Gráfico 3.6, debido no a un menor número de urgencias de riesgo vital que se mantiene constante en el tiempo, en términos de número de atenciones y por lo tanto, de consumo de recursos, sino que a un incremento relativo de aquellas de menor urgencia que, potencialmente, pudiesen haber sido resueltas en los niveles menores de complejidad.

Cabe señalar que la gran cantidad de casos no categorizados en el intervalo 2009-2011 (con un 35% de los casos para el 2009, bajando a un 26% el 2011) puede constituir un sesgo para el análisis de la información en la medida de que dichos casos puedan concentrarse en un tipo específico de complejidad de pacientes. La información existente no permite afirmar o rechazar esta posibilidad, por lo que se les trata como una categoría aparte.

<sup>96</sup> Es importante señalar que en las UEH de alta, mediana y baja complejidad se categorizan los pacientes en los 5 niveles. Sin embargo, los datos disponibles del DEIS MINSAL solo se refieren a los establecimientos de alta complejidad.

**Gráfico 3.6: Distribución porcentual según categorización en triage en las UEH de alta complejidad**



Fuente: elaboración propia a partir de datos DEIS MINSAL.

### III.3.3. Caracterización según nivel de atención

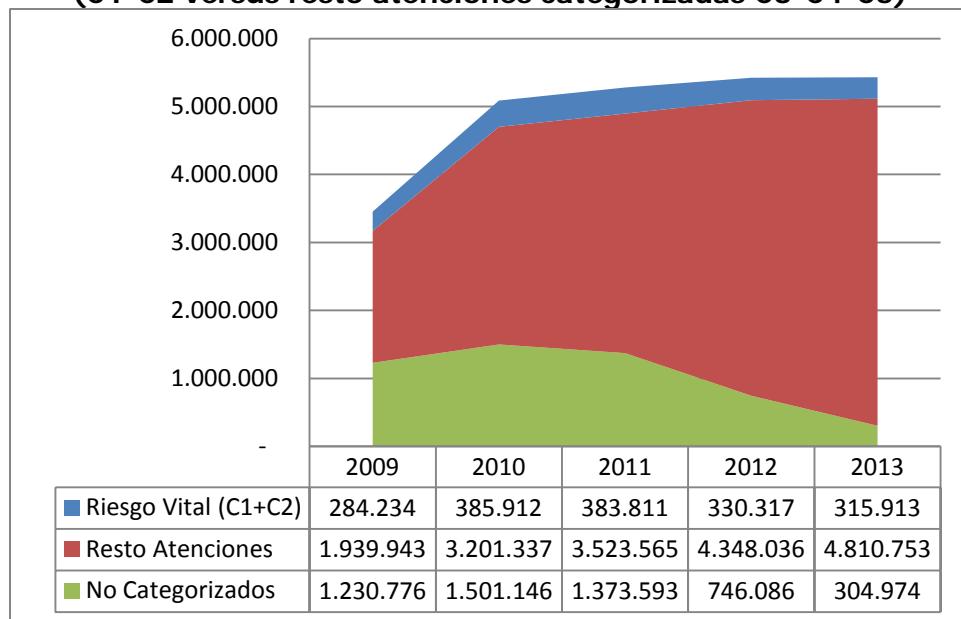
Existe una notoria amplitud del rango en que se mueve la tasa Atenciones Primarias/Atenciones Hospitalarias en los distintos Servicios de Salud. Con un máximo de 3,22 atenciones primarias por atención hospitalaria en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente y un mínimo de 0,19 para el Servicio de Salud Aconcagua, lo que muestra un foco muy distinto entre ambas modalidades de atención<sup>97</sup> (ver Anexo 3.2).

Este rango no muestra la demanda “pura” que enfrenta el sistema, sino que aquella atendida por los respectivos centros. Dado esto, la variación entre la cantidad de demanda que se resuelve a nivel primario versus el nivel hospitalario está también determinada por la infraestructura con que cada servicio cuenta.

Es importante subrayar que no se debe confundir el número de atenciones de los centros de alta complejidad con el riesgo vital de las mismas (estimado por su categorización). Si bien ha disminuido la tasa de crecimiento en el número de atenciones totales (de 3,78% entre 2010 y 2011 a 0,13% entre 2012 y 2013), se tiene que existe un incremento en la cantidad de las mismas, en particular en lo referido a atenciones sin riesgo vital atendidas en centros de alta complejidad, como se muestra en el Gráfico 3.7.

<sup>97</sup> Elaboración propia en base a información del DEIS MINSAL 2013

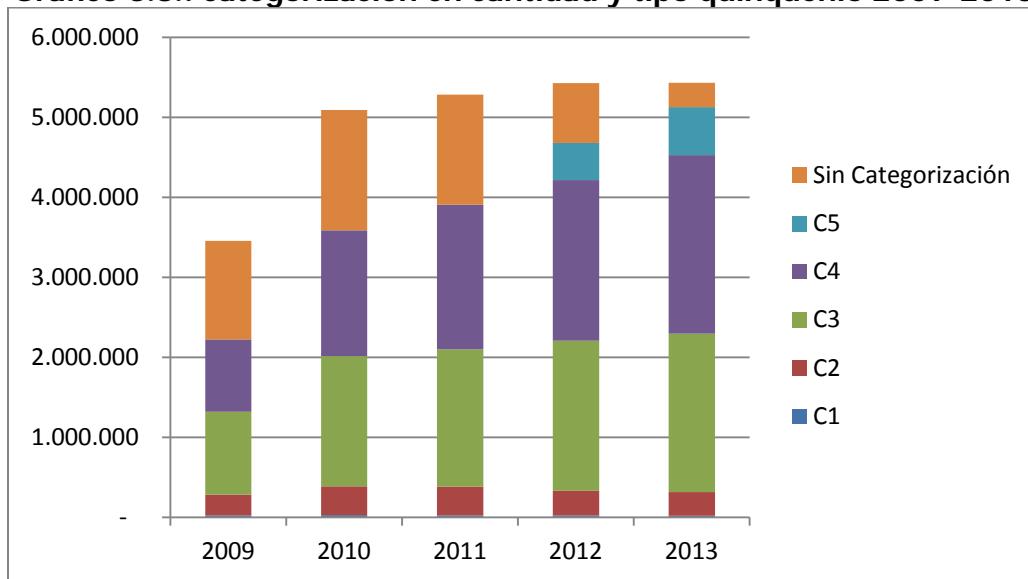
**Gráfico 3.7: Evolución atenciones de pacientes categorizados según riesgo vital (C1-C2 versus resto atenciones categorizadas C3-C4-C5)**



Fuente: elaboración propia a partir de data DEIS MINSAL.

Del análisis del gráfico siguiente se desprenden varios elementos. Primero, la magnitud del acto de categorizar y como aumenta en los años siguientes al 2009 (en particular, desde el 2011). Luego, la baja proporción de C1 y C2 en la consulta anual. Es llamativo notar que se mantiene un incremento en el número de consultas de baja complejidad (C4 y C5 en particular), de potencial resolución en los centros de baja complejidad de la APS, que resulta en una disminución relativa de los casos de riesgo vital en el mix de casos atendidos por las UEH de alta complejidad.

**Gráfico 3.8.: categorización en cantidad y tipo quinquenio 2009-2013**



Fuente: elaboración propia a partir de data DEIS MINSAL.

### **III.3.4. Caracterización de la demanda a nivel de Servicio de Salud**

Cada SdS se compone de una serie de ECE dispuestos para la satisfacción de la demanda de la población bajo su cuidado. La forma en que los recursos, atenciones y pacientes fluyen entre estos elementos es clave para la adecuada comprensión del rol de cada uno de estos elementos en la satisfacción integrada de la demanda asignada. Por esto, la estructura mínima a estudiar donde se presentan los flujos relevantes de pacientes está constituida por un Servicio de Salud.

Cada elemento de una red de salud enfrenta dos posibles fuentes de demanda. Una **espontánea** que resulta de la estimación del paciente de que su problema puede ser resuelto por algún miembro del Sistema de Salud, constituyendo un primer contacto del paciente con el sistema y una demanda **derivada** que resulta de la evaluación, por parte de un miembro del sistema de salud, de la consulta y la decisión de que la mejor solución para esta necesidad está en manos de otro miembro del sistema<sup>98</sup>. De esta forma, la demanda derivada tiende a cumplir mejor la condición de pertinencia de solicitud de atención y depende de la capacidad de resolución que el elemento que origina la derivación pueda ejercer. De esta manera se cautela que la demanda asociada a recursos de mayor costo sea la adecuada en términos de pertinencia y se fundamenta la decisión de que el acceso a atenciones de alta complejidad sea sólo vía derivación de una unidad primaria o vía UEH.

Un efecto importante de esta estructura resulta de que, al haber elementos de atención primaria “aguas arriba” del flujo de pacientes, la capacidad resolutiva de los mismos (ya sea por oferta médica, disponibilidad de recursos, capacidad de los pacientes de acceder directamente a centros complejos, entre otros.) impacta fuertemente en la demanda que enfrenten los elementos más complejos (a menor capacidad de resolución, mayor cantidad de casos que precisan derivación a niveles de mayor complejidad), generando potenciales elementos de inestabilidad en la longitud de las colas de espera (habitualmente los momentos de mayor saturación coinciden entre los elementos de baja y alta complejidad), generándose un “rebalse” de baja complejidad.

Como se muestra en la tabla siguiente, cada ECE de la Red tiene asignada una población objetivo (con el perfil de demanda resultante de esta asignación, en función de características socio-demográficas y epidemiológicas de la misma).

Es importante destacar dos puntos:

- La unidad de alta complejidad correspondiente a la UEH enfrenta demanda espontánea.
- El SAMU tiene a cargo un volumen de población muy superior a la del resto de la red, producto de su rol de integración y transporte agudo.

**Tabla 3.1.: Tipo de demanda por componente del sistema, según diseño.**

	Población objetivo	Demandas espontáneas	Demandas derivadas del mismo Servicio de Salud	Demandas Derivadas de otros servicios
SAPU	Población FONASA	Sí	(Por ejemplo, una	Sí

<sup>98</sup> Documento: ANEXO 7 - Proceso atención de Urgencia.

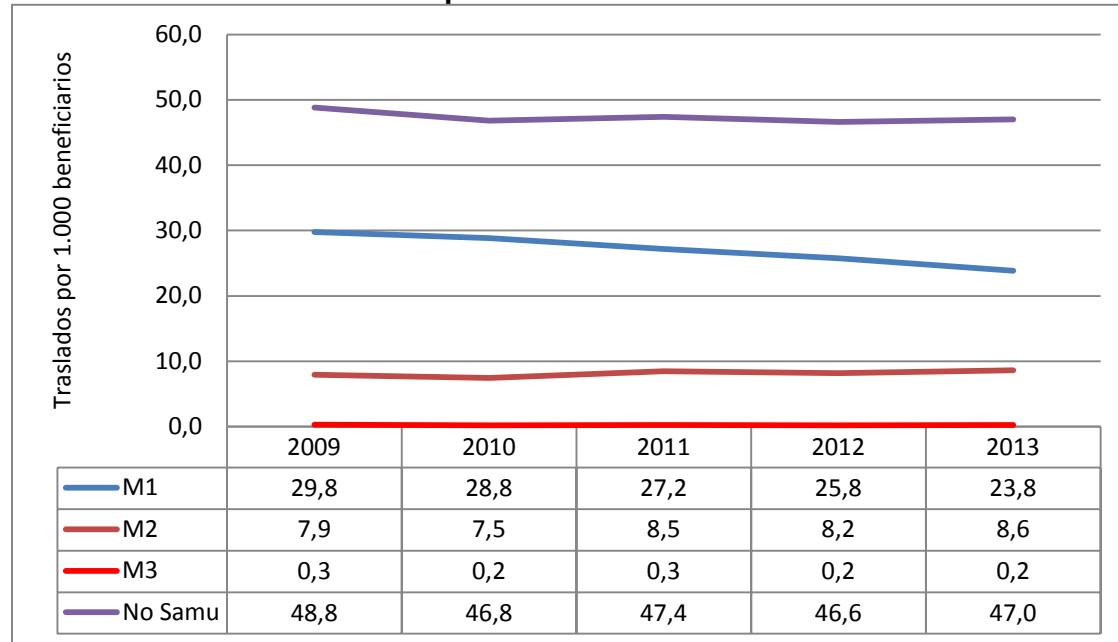
	Población objetivo	Demanda espontánea	Demanda derivada del mismo Servicio de Salud	Demanda Derivada de otros servicios
			UEH no puede derivar a SAPU o SUR para continuar seguimiento y control)	
SUR	Población FONASA	Sí	No	No
SAMU	Población FONASA	Sí	No	Sí (dependiendo de la situación puntual en la emergencia)
UEH	Población FONASA	Sí	Sí	Sí
UPC	Población FONASA	No	Sí	Sí

Fuente: elaboración propia.

Las dinámicas de derivación entre los distintos ECE se estudiaron a partir de información contenida en el DEIS MINSAL para el período 2009-2013, tanto a nivel nacional como de SdS.

A nivel nacional se observa que la cantidad de traslados por habitante se ha mantenido estable en el tiempo. Para los móviles tipo M2 (pasa de 7,9 a 8,6 traslados por 1.000 beneficiarios FONASA entre 2009 y 2013) y para los móviles de tipo M3 (pasa de 7,9 a 8,6 traslados por 1.000 beneficiarios FONASA). Los móviles de menor complejidad (tipo M1) salvo para los móviles de menor complejidad (M1), entregando un descenso desde 29,8 traslados por 1.000 beneficiarios por año el 2009 a 23,8 el 2013 (ver Gráfico 3.9).

**Gráfico 3.9: Traslados SAMU por 1.000 beneficiarios FONASA: 2009 al 2013**

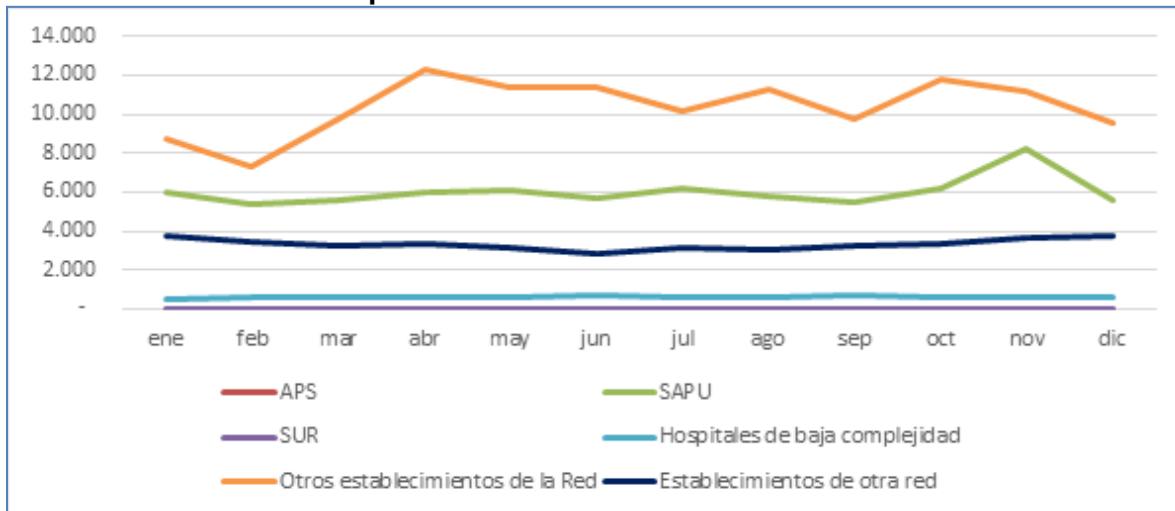


Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

Utilizando la información registrada para la RM (por la calidad y coherencia de la data disponible), se observa que la principal fuente de demanda de traslados se origina "entre otros establecimientos de la misma red (CESFAM, hospitales de mediana complejidad, entre otros.)", lo que es consistente con la estructura de la misma y la distribución de recursos en

distintas instalaciones (ver gráfico siguiente). En este gráfico se observa que existe una cantidad importante de traslados entre SdS.

**Gráfico 3.10: Demanda promedio de traslados SAMU RM mensual 2009 a 2013**



Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

El SAPU figura en segundo lugar de traslados, alineado con su rol de atender grandes volúmenes de demanda con una capacidad resolutiva limitada (situación que se repite, pero con menores volúmenes, para los hospitales de baja complejidad). Esto se entiende directamente a partir de la complejidad y del rol de cada componente, dado que el SAPU se hace cargo de casos de tipo emergente/urgente, que requieren de traslado en intervalos de tiempo cortos.

El componente de estacionalidad es sólo relevante para el mes de febrero para el grupo "otros establecimientos de la red", donde ocurre un 7% de los traslados totales del año (consistente con la baja en actividad que se registra en los Gráficos 3.10 a 3.12 para el mes de febrero) versus el resto de los meses donde ocurre entre un 8% y un 10% por mes. El mes con más traslados totales es noviembre, en particular producto de la demanda de SAPU.

En relación a la distribución de las atenciones según complejidad por Servicio de Salud, para el período en estudio (Tabla 3.2), se observa que un 29,8% de las atenciones de Alta Complejidad se realizan en la RM. Dicha concentración es aún mayor para atenciones de Mediana Complejidad, con un 43,1%.

**Tabla 3.2: Porcentaje de atenciones en función de la complejidad del componente por Servicio de Salud: 2009 al 2013**

	Alta Complejidad	Mediana Complejidad	Baja Complejidad	SAPU
Arica	76%	0%	0%	24%
Iquique	30%	0%	22%	48%
Antofagasta	37%	18%	15%	30%
Atacama	43%	3%	24%	30%

Coquimbo	39%	4%	26%	31%
Valparaíso San Antonio	60%	0%	7%	33%
Viña del Mar Quillota	38%	0%	30%	32%
Aconcagua	55%	1%	26%	18%
Metropolitano Norte	25%	0%	3%	71%
Metropolitano Occidente	19%	9%	4%	68%
Metropolitano Central	33%	31%	0%	36%
Metropolitano Oriente	32%	0%	6%	62%
Metropolitano Sur	27%	12%	2%	60%
Metropolitano Sur Oriente	28%	4%	1%	67%
O'Higgins	23%	15%	46%	16%
Del Maule	25%	11%	17%	47%
Ñuble	41%	0%	22%	36%
Concepción	44%	0%	5%	51%
Talcahuano	43%	0%	10%	47%
Biobío	29%	0%	43%	28%
Araucanía Sur	20%	21%	24%	35%
Valdivia	18%	0%	47%	35%
Osorno	44%	0%	24%	32%
Del Reloncaví	22%	5%	23%	49%
Aisén	62%	0%	38%	0%
Magallanes	52%	14%	8%	26%
Arauco	0%	23%	71%	6%
Araucanía Norte	36%	9%	36%	19%
Chiloé	36%	31%	32%	1%
Total	32%	7%	17%	44%

Fuente: elaboración propia a partir de data DEIS MINSAL.

**Tabla 3.3: Porcentaje de atenciones en función de la complejidad del componente a nivel nacional por SdS: 2009 a 2013**

	Alta Complejidad	Mediana Complejidad	Baja Complejidad	Sapu
Arica	1.9%	0.0%	0.0%	0.4%
Iquique	1.9%	0.0%	2.6%	2.2%
Antofagasta	3.2%	7.1%	2.5%	1.9%
Atacama	2.4%	0.8%	2.5%	1.2%
Coquimbo	5.2%	2.4%	6.5%	2.9%
Valparaíso San Antonio	6.8%	0.0%	1.5%	2.7%
Viña del Mar Quillota	6.7%	0.1%	9.9%	4.2%
Aconcagua	2.8%	0.2%	2.6%	0.7%
Metropolitano Norte	4.2%	0.0%	1.1%	8.6%
Metropolitano Occidente	5.0%	10.4%	1.8%	12.7%

Metropolitano Central	3.5%	15.0%	0.0%	2.9%
Metropolitano Oriente	4.1%	0.0%	1.4%	5.7%
Metropolitano Sur	6.4%	13.2%	0.7%	10.4%
Metropolitano Sur Oriente	6.6%	4.5%	0.2%	11.4%
O'Higgins	3.3%	9.9%	12.7%	1.7%
Del Maule	4.8%	9.8%	6.0%	6.5%
Ñuble	3.7%	0.0%	3.8%	2.4%
Concepción	6.4%	0.0%	1.5%	5.4%
Talcahuano	3.3%	0.0%	1.5%	2.6%
Biobío	2.7%	0.0%	7.5%	1.9%
Araucanía Sur	2.6%	11.9%	5.6%	3.2%
Valdivia	1.8%	0.0%	8.9%	2.5%
Osorno	2.2%	0.0%	2.3%	1.2%
Del Reloncaví	1.9%	2.0%	3.8%	3.1%
Aisén	1.5%	0.0%	1.8%	0.0%
Magallanes	1.8%	2.2%	0.5%	0.6%
Arauco	0.0%	3.6%	4.6%	0.1%
Araucanía Norte	2.4%	2.8%	4.5%	0.9%
Chiloé	1.1%	4.2%	1.8%	0.0%
Total	32%	7%	17%	44%

Fuente: elaboración propia a partir de data DEIS MINSAL.

A nivel país, esta distribución de complejidad de la atención muestra un decremento sostenido y consistente desde casi un 37% a un porcentaje levemente superior al 30% para alta y mediana complejidad con el consiguiente incremento de la participación de baja complejidad, en particular de los SAPU.

En términos globales, se observa que proporcionalmente disminuye el número de atenciones realizadas en centros de alta complejidad (ver Tabla 3.4). A la luz de lo expuesto en el Gráfico 3.8 esto es resultado, en realidad, de un menor incremento relativo de atenciones en centros de alta complejidad, lo que muestra una paulatina "ambulatorización" de la atención de urgencia (ver tabla siguiente). Sin embargo, la proporción de atenciones de riesgo vital (C1 y C2) también cae al analizar las UEH de alta complejidad lo que permite inferir que no se trata tanto de un cambio en las preferencias de la población (que hipotéticamente elegiría tratar sus cuadros simples en centros de baja complejidad) sino probablemente, de una muestra más de saturación del sistema donde los casos de baja complejidad crecen a ritmo mayor que la capacidad de resolución de los centros correspondientes generando tanto un incremento relativo en el uso de los mismos como un "rebalse" hacia centros complejos.

La forma en que la oferta y la demanda se comportan se analiza en el capítulo correspondiente.

El impacto de este proceso sería favorable para la RdU en la medida que permitiría que los recursos asignados se alineen con la complejidad de la demanda por los mismos, es decir,

que la atención ambulatoria de menor complejidad resuelva los casos adecuados a su complejidad y que los centros hospitalarios (mayor complejidad y recursos) enfoquen su actividad en casos complejos. No obstante, tal como se señaló en la sección III.3.1., el porcentaje de atenciones de urgencia en la alta complejidad supera al óptimo teórico en el período de estudio.

**Tabla 3.4: Ambulatorización de la atención de urgencia**

Tipo de complejidad	2009	2010	2011	2012	2013
Alta complejidad	30,3%	29,0%	28,3%	27,3%	26,4%
Mediana complejidad	6,4%	6,1%	6,5%	6,2%	6,0%
SAPU	36,6%	38,0%	38,7%	40,0%	40,5%
Baja complejidad + No SAPU	26,7%	26,9%	26,5%	26,5%	27,0%

Fuente: elaboración propia a partir de data DEIS MINSAL.

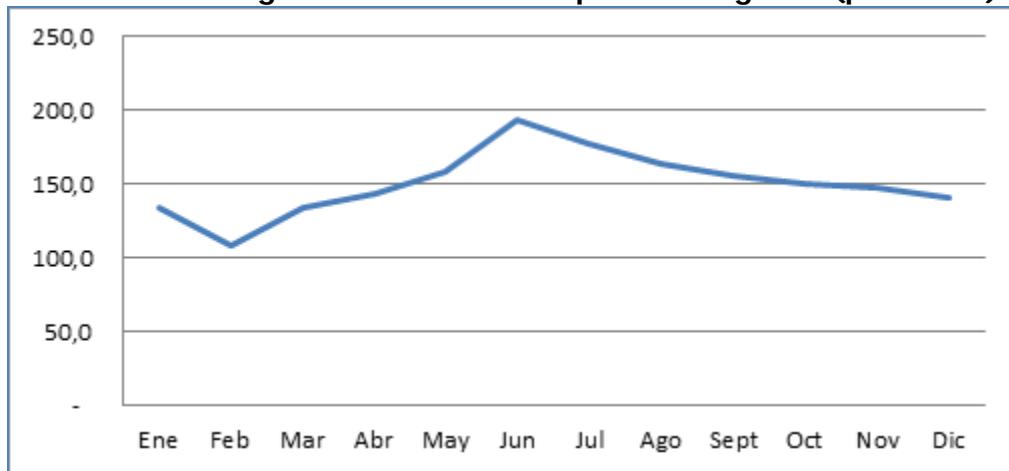
### III.4. Análisis de la demanda hospitalaria

Las atenciones realizadas durante el año presentan un grado variable de estacionalidad que depende esencialmente del tipo de paciente tratado.

Este fenómeno es evidente si se analizan los datos registrados en el DEIS MINSAL para el período en estudio, con la salvedad de que a partir del 2012 se realizaron modificaciones importantes en la estructura del registro (cambia el detalle e itemizado de consultas, hospitalizaciones y otras variables) lo que impide analizar el período completo, obligando a enfocarse en los años 2009 al 2011 por tener datos comparables.

Como se muestra en el siguiente gráfico, la estacionalidad es clara para las UEH pediátricas en período invernal (en promedio, el 31% de los casos anuales promedio se atiende entre junio y agosto), perdiéndose la capacidad de seguir el detalle en aquellas UEH indiferenciadas. La capacidad del sistema para absorber esta estacionalidad es limitada, como se expone en el capítulo IV.

**Gráfico 3.11: Ingresos a unidades de pediatría agudos (pacientes)**



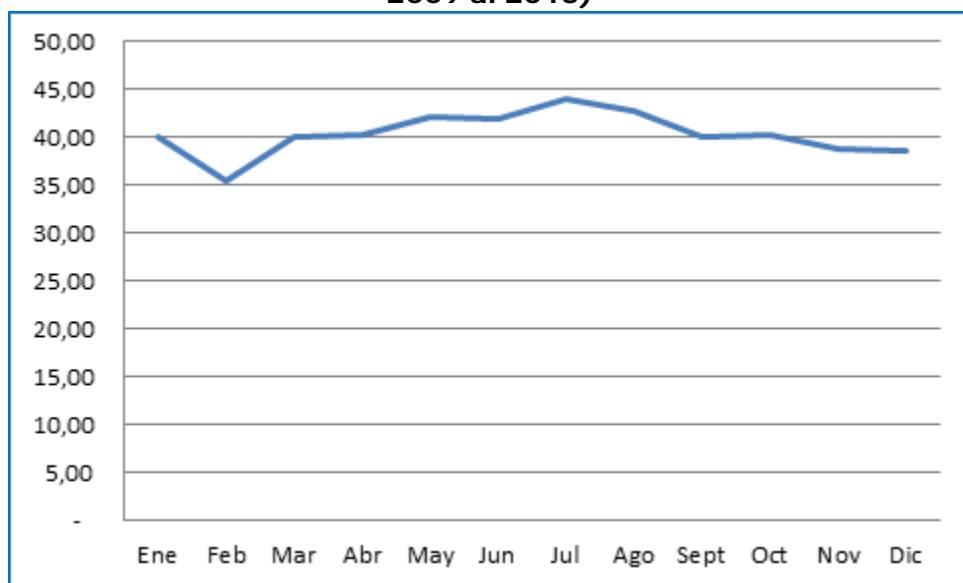
Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

Para todos los grupos se observa que el nádir de demanda se encuentra en el mes de Febrero, que como grupo considera sólo un 7% de las atenciones promedio anuales. Esta observación es consistente con lo presentado en el Gráfico 3.10 en lo referido a la baja demanda que enfrenta el sistema durante el período estival. El único descenso que muestran las curvas, es durante el mes de febrero, mes de vacaciones donde aparentemente la atención se desvía y la presión asistencial disminuye.

Como muestra el siguiente gráfico, que agrega los egresos pediátricos y neonatológicos, la curva cambia notoriamente en relación al gráfico anterior (egresos pediátricos de agudos), donde además de reflejar que el número de egresos es menor ya que se trata de Unidades Críticas, la curva se aplana y se mantiene aplanada durante prácticamente todo el año (excepto el mes de febrero), lo que estaría indicando que la demanda por este tipo de cama es constante, sin responder a estacionalidad de manera significativa, salvo que muestra una pequeña alza en los meses pick de enfermedades de invierno coincidiendo con las elevaciones de las curvas de demanda en las Consultas en UEH y con los Egresos de Servicios de Pediatría de Agudos.

La estacionalidad sigue disminuyendo, como se señaló, al ascender en complejidad. Como muestra el siguiente gráfico, el 27% de las atenciones ocurren en el período de mayor demanda (versus 31% en UEH pediátricas y 30% en Pediatría agudos, para los meses entre junio y agosto).

**Gráfico 3.12: Ingresos promedio: UPC Pediátricas y Neonatología (promedio 2009 al 2013)**

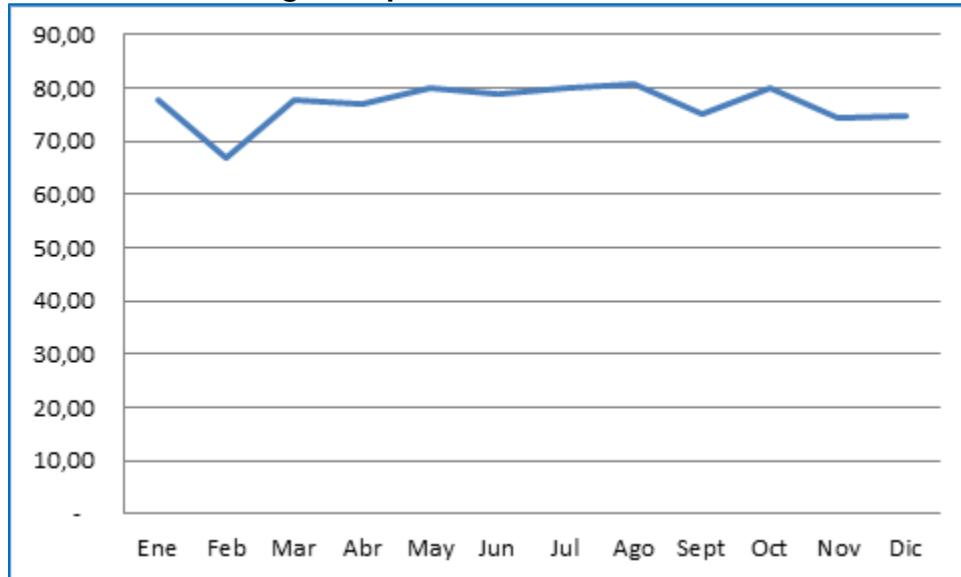


Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

Así como la existencia de estacionalidad es manifiesta en los pacientes pediátricos que consultan en la UEH y que necesitan cama de agudo, esta estacionalidad no se observa para camas críticas de forma tan significativa como en los casos anteriores. Ambos coinciden en la baja del mes febrero.

Para la atención del adulto, la situación es distinta, la curva es plana lo que sugiere una constante necesidad del recurso cama crítica a lo largo del año (coincide la baja en el mes de febrero).

**Gráfico 3.13: Ingresos promedio a UPC Adulto: 2009 a 2013**



Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

El hecho de que existan perfiles de estacionalidad distintos para los diversos componentes de la RdU subraya la necesidad de incluir análisis particulares para cada uno de los mismos en cualquier iniciativa de optimización que se realice. Como se presenta en las conclusiones de este informe, la interacción de varios componentes obliga a realizar análisis detallados de los mismos para dar un manejo adecuado al componente dinámico del sistema (presentado en el Capítulo IV).

### **III.4.1. Dos tipos de demanda: alta y baja complejidad**

Lo presentado en los puntos previos de este capítulo muestra que hay un incremento real y porcentual de la cantidad de atenciones que se realizan a nivel APS y de baja complejidad. Este incremento contrasta con la disminución porcentual de las atenciones de riesgo vital en UEH de alta complejidad y se podría explicar por la hipotética existencia de un rebalse de atenciones no resueltas (de baja complejidad, esencialmente C4 y C5) desde el nivel primario.

Este rebalse teórico de baja complejidad (demanda inducida a otros componentes de la Red) consistiría de pacientes que van directamente a los centros de alta complejidad, considerando la disminución en traslados M1 y la estabilidad en el tiempo de los M2 y M3 lo que constituiría un cambio cultural en la población que se refleja en la demanda del sistema.

Otra explicación que concuerda con la información analizada (en términos de la variación del riesgo vital de la demanda y la disminución de traslados M1) considera la existencia de un "rebalse inverso" desde centros de alta complejidad hacia atención primaria producto de la saturación existente en los primeros. Validar esta hipótesis requeriría de estudios adicionales

basados en el levantamiento de información sobre consultas previas de pacientes en UEH de mediana o alta complejidad (considerando la existencia o no de una atención en la consulta).

No se dispone de un detalle de la cantidad de traslados generados para cada Servicio de Salud, sin embargo la aproximación mediante el análisis de la RM muestra que la proporción en que cada componente de la red genera dichas atenciones es consistente con el diseño general de la misma (en términos de que los componentes de menor complejidad resuelven los mayores volúmenes de atenciones).

Auditorías ministeriales muestran notorias disparidades en el cumplimiento de los indicadores clave de desempeño (KPI, Key Performance Indicator) de servicio para ambos niveles de complejidad. Como se muestra en la tabla siguiente, un 95% cumple (total o parcialmente) el tiempo definido de 180 minutos para atenciones de baja complejidad versus un 87% para alta complejidad. La causa más probable de este bajo cumplimiento para atenciones C1 resultaría de que el registro se realiza, adecuadamente, en forma posterior a la estabilización del paciente, priorizándose su atención clínica al registro en DAU, tal como se señala en algunos de los documentos de auditoría revisados. Lamentablemente, estas auditorías no ahondan en levantar causas de incumplimiento ni análisis de proceso que permitan implementar procesos de mejora continua. Sólo identifican cumplimientos o no cumplimientos.

**Tabla 3.5: Cumplimiento de tiempos de atención según categorización (2009 al 2013)**

Categoría		Plazo de atención	% no cumple	% cumple parcialmente	% cumple
C1	Emergencia vital	Atención inmediata	13	56	31
C2	Emergencia evidente	atención antes de 30 min	6	78	16
C3	Urgencia	atención antes de 90 min o reevaluar	5	71	24
C4	Urgencia mediata	atención antes de 180 min o reevaluar	5	53	42
C5	Atención general	N/A	N/A	N/A	N/A

Fuente: Informe de Auditoría N° 10, Servicio de Urgencia Atención abierta Adulta-Pediátrica.

Como respuesta a la presión asistencial generada por el alto volumen de pacientes de baja complejidad (C5, estimada en aproximadamente el 30%<sup>99</sup> de la demanda de urgencia), se implementó el sistema de SAUD<sup>100</sup> en el año 2011. Este sistema es una aplicación local del concepto de walking-clinic (consulta donde no es necesario pedir hora), con la salvedad importante de que la demanda es dirigida a partir de un profesional capacitado (selector de demanda) y no es directamente generada por el paciente<sup>101</sup>.

<sup>99</sup> Anexo 6 Proyecto SAUD. DIGERA.

<sup>100</sup> Orientaciones Técnicas Funcionamiento SAUD.

<sup>101</sup> Orientaciones Técnicas SAUD. DIGERA.

La falta de cumplimiento en los tiempos de atención requiere de atención adicional si se considera que la tasa de registro efectiva en el período no alcanza aún el 90% de las atenciones, sin haber información consistente en los posibles sesgos que el registro pueda tener a través de las distintas categorías de pacientes.

## **III.5. Análisis de la oferta**

### **III.5.1. Caracterización de la oferta**

Cada atención de urgencia depende, en mayor o menor grado de la coordinación oportuna y eficiente de una serie de actividades complejas en un espacio de tiempo limitado y, en ocasiones, en lugares físicamente distantes. Esta integración determina que la coordinación entre los distintos “elementos productivos” de una atención de urgencia sea un factor crítico en la eficiencia y calidad de la capacidad instalada para proveerlos.

Cada una de estas actividades requiere de la existencia de recursos administrativos, de infraestructura, técnicos y humanos de diversos niveles de complejidad, costo y especialización adecuados para la satisfacción oportuna de la demanda que enfrentan y la búsqueda de una adecuada distribución de los mismos determina en gran parte la configuración actual de la Red.

La RdU está estructurada en niveles definidos en función de la complejidad de la oferta que cada ECE puede proveer (y de la demanda que debiera servir).

La separación de la oferta en niveles de complejidad creciente se sustenta sobre la suposición de que existe capacidad de transporte adecuada, en oportunidad y complejidad, para permitir que los pacientes reciban la atención requerida en forma oportuna. Esta estructura permite un uso más eficiente de recursos, asignando la demanda de menor complejidad y mayor volumen a oferta menos compleja y costosa y asignando oferta de mayor especialización y capacidad resolutiva a aquella demanda que no logró ser resuelta en los niveles primarios o que, por sus características, requiere directamente de atención avanzada.

En cualquier caso, la capacidad instalada en todos y cada uno de los ECE de la RdU debe ser capaz de proveer un cuidado oportuno a problemas que no permiten espera alguna, lo que determina parte de los requerimientos de oferta y traslado (calidad y cantidad) en distintos Servicios de Salud.

Dada la situación actual de varios componentes de la RdU y su situación de **demandada** en lugar de **oferedora**<sup>102</sup>, se tiene que gran parte de la demanda registrada para atenciones de urgencia de baja complejidad corresponde sólo a lo que efectivamente se logró atender con los recursos disponibles, existiendo una demanda no conocida ni identificada por estas atenciones (los pacientes ni siquiera ingresan al sistema). La demanda de atenciones de mayor urgencia no estaría sujeta a este sesgo por lo señalado previamente.

---

<sup>102</sup> Situación de los sistemas de atención de Urgencia en Chile: Propuestas Técnicas para Mejorar su Gestión. Informe de la Comisión de Urgencias, Consejo General, Colegio Médico de Chile. Diciembre 2012.

El análisis de la oferta se realizó en tres niveles. Primero, desde la perspectiva nacional de recursos disponibles, luego a nivel de Servicio de Salud para terminar con un análisis de la oferta disponible en cada etapa de la cadena de actividades de atención de urgencia. Para llegar a estos niveles, el análisis se basó en el siguiente marco de referencia que relaciona oferta y demanda en atenciones de urgencia desde la perspectiva de gestión de operaciones.

### **III.5.2. Relación demanda y oferta. Marco teórico**

Dada la estrecha relación entre ambos factores, se analizará la oferta en íntima relación a la demanda y a los elementos determinantes de una atención de urgencia.

La literatura especializada analiza el problema de la atención de urgencia (aplicable a todos los elementos del sistema de urgencia en forma individual) en función de tres puntos clave del flujo de pacientes<sup>103</sup>:

- **Input:** Cantidad y estacionalidad con que los pacientes llegan a la consulta, corresponde a la demanda de atenciones que presenta cada ECE de la Red.
- **Throughput:** Velocidad con la que el elemento es capaz de resolver la solicitud. Corresponde a la oferta de servicios que cada ECE es capaz de proveer, es decir, la cantidad de atenciones que puede generar por unidad de tiempo. Depende de los recursos disponibles y de la forma en que éstos se configuran para funcionar óptimamente.
- **Output:** Impactos generados por elementos “aguas abajo” en el ECE en análisis. Pueden corresponder, por ejemplo a saturación en camas de hospitalización, ambulancias de traslado, tiempo de espera por la decisión de la UGCC, entre otros, que generan consumo de recursos sin valor agregado para el paciente o para el ECE de la Red.

La capacidad de una unidad de atención para hacerse cargo de la demanda (estocástica) que enfrenta dependerá de la relación entre la tasa de llegada de los pacientes y la tasa de atención que sea capaz de proveer. El largo de la cola (y el tiempo de espera) estará determinado por la relación:

$$\rho = \lambda / \mu, \text{ donde } \lambda \text{ es la tasa de llegada y } \mu \text{ es la tasa de atención}$$

La tasa de llegada ( $\lambda$ ) corresponde a la demanda total que enfrenta un ECE del sistema en algún momento dado. Estará dada por la suma de la demanda espontánea y la demanda derivada para cada ECE.

La tasa de atención ( $\mu$ ) corresponde a la rapidez con que el sistema resuelve la demanda y es una propiedad de la configuración de cada ECE y sus recursos disponibles. La tasa de atención de un ECE dependerá, en términos generales, del elemento del proceso que tenga la menor tasa de atención (o “cuello de botella”).

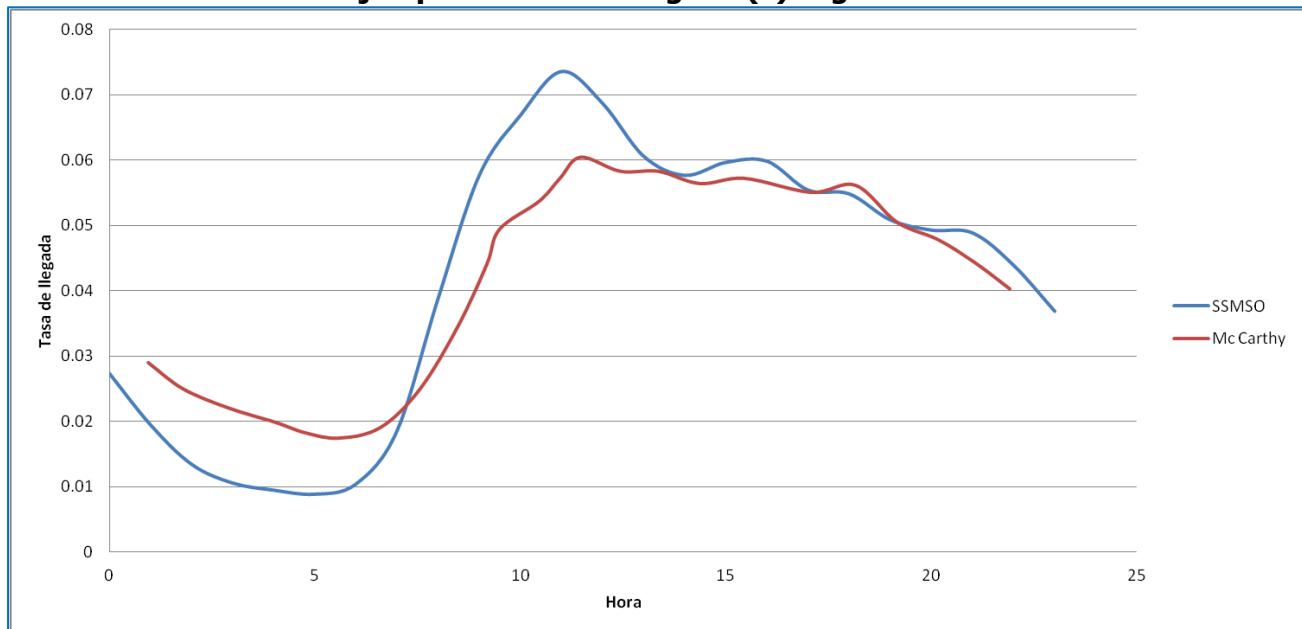
---

<sup>103</sup> Hoot N, Arnosky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects and Solutions. Annals of Emergency Medicine. Vol. 52 (2); 126-136. Agosto 2008.

El parámetro  $p$  representa la relación entre la demanda y la capacidad de atención y, pese a que idealmente se debe aplicar a sistemas estacionarios (caso diferente de la mayoría de los servicios de urgencia no saturados), permite aproximarse en primera instancia al grado de vulnerabilidad de cada ECE a la saturación y generar un diagnóstico general de aquellos que se beneficiarían de un rediseño o asignación de mayores recursos.

La literatura disponible es consistente en señalar que, para sistemas **no saturados**, la curva de demanda presenta un comportamiento bastante estándar en centros de la más diversa complejidad y tamaño. Es más, esta curva es base para modelar la demanda en diversos servicios y parte fundamental de herramientas predictivas<sup>104</sup>. El Gráfico 3.14, construido con datos del artículo publicado por McCarthy<sup>105</sup> y datos del DAU para el Servicio Metropolitano de Salud Sur Oriente (SSMSO) en el año 2014 muestra cómo se compara el comportamiento descrito en ambos contextos.

**Gráfico 3.14: Ejemplo de tasa de llegada ( $\lambda$ ) según hora del día**



Fuente: elaboración propia en base a datos McCarthy y DAU 2014.

En el caso de sistemas saturados, la demanda que enfrentan quienes atienden pacientes es plana en el tiempo, dada la presencia de un “buffer” de espera previo a la atención. La demanda descrita por la curva según hora de llegada es aquella que enfrenta este “buffer” y refleja en forma más realista la demanda que enfrenta el sistema de atención. Dicho “buffer” se genera espontáneamente en condiciones de saturación por lo que, la modelación de la cantidad de “servidores” (boxes, médicos, enfermeras, entre otros) sólo podrá ser aproximada en condiciones de **no saturación**.

Dos puntos son clave para el análisis de la demanda y su impacto en el staffing del servicio:

<sup>104</sup> Green L, Soares J. Using Queueing Theory to Increase the Effectiveness of Emergency Department Provider Staffing. Academic Emergency Medicine 2006; 13: 61-68.

<sup>105</sup> McCarthy M, Zeger S. The Challenge of Predicting Demand for Emergency Department Services. Academic Emergency Medicine 2008; 15: 337-346.

- Si la cola no llega a cero en un momento del ciclo diario, se transmite información de un día a otro, es decir, lo que ocurra en un período afecta al siguiente convirtiéndose, entonces, en un ciclo de dos días. Esta condición es inestable en la teoría de colas en la medida que la cola puede "explotar" de acuerdo a lo explicado previamente.
- Conocida la demanda total diaria del servicio, se puede utilizar la curva del Gráfico 3.14 para estimar la tasa  $\mu$  de atención que permita lograr un  $\rho$  definido por diseño.

Es particularmente delicado que el valor de  $\rho$  se acerque a 1 dado que la teoría predice que el largo de la cola "explota" (es decir, tiende a infinito) en estos casos. Algunos de los sistemas analizados<sup>106</sup> muestran además, que no se "reinician" al final de cada ciclo, lo que resulta en que la cola se "transmite" al día siguiente, agravando aún más la situación y generando la situación de permanente colapso que viven algunos servicios de urgencia.

Una aplicación de esta metodología para el diseño y staffing de cada servicio requerirá, en cualquier caso, de una estimación precisa de las tasas involucradas en el análisis y de su variación en el tiempo producto del resto de los servicios clínicos y no clínicos (laboratorio, rayos, admisión, traslados, entre otros.) en el proceso de resolución de un caso clínico<sup>107</sup>. Sobre todo en la medida de que la atención de urgencia es particularmente dependiente de estos otros recursos clínicos de apoyo. Su modelación debiera realizarse, con estos datos, con herramientas de simulación avanzada.

Actualmente no existen registros sobre las tasas  $\lambda$  y  $\rho$  para todos los componentes del sistema de atención de urgencia, ni siquiera a nivel de atención de alta complejidad. Por lo tanto, un análisis adecuado no es factible en esta instancia, sin embargo se subraya la relevancia de contar con dichos valores para realizar una dotación adecuada de dichos servicios de acuerdo a la demanda real que enfrentan y su comportamiento dinámico dentro de cada ciclo diario y semanal.

A nivel nacional, una aproximación a la relación oferta demanda resulta del análisis de los tiempos de espera para hospitalización en el intervalo en estudio<sup>108</sup>. En términos nacionales, en promedio para el período 2009 a 2013, un 67% de los pacientes que ingresa a cama hospitalaria lo hace en menos de 12 horas de espera. El restante 33% lo hace esperando más de 12 horas.

En particular, para el año 2013 los Servicios de Salud de Magallanes, Arauco, Aysén, Aconcagua y Arica son los que presentan el mayor porcentaje de ingreso a cama hospitalaria en menos de 12 horas, con un promedio de un 99%. El análisis de detalle de la relación entre oferta y demanda para los servicios se presentará en los capítulos siguientes.

---

<sup>106</sup> Se estudió específicamente el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

<sup>107</sup> Jones S, Scott Evans R. A multivariate time series approach to modeling and forecasting demand in the emergency department. Journal of Biomedical Informatics 42 (2009) 123-139.

<sup>108</sup> La oportunidad de la atención es uno de los objetivos que el sistema de urgencia debe cumplir para entregar una atención adecuada. Esto incluye la capacidad de hospitalizar los pacientes que lo requieran permitiendo un flujo expedito en la medida que la demanda lo necesite.

En cambio, los SdS Osorno, Metropolitano Sur Oriente, Biobío, Metropolitano Occidente y Metropolitano Sur son los que presentan el menor porcentaje de ingreso a cama hospitalaria en menos de 12 horas, con un promedio de un 42%. Por lo tanto, el porcentaje restante de los pacientes debe esperar más de 12 horas para tener una cama disponible. Por su parte, en la Región Metropolitana, el 52% de los pacientes debe esperar menos de 12 horas para acceder a una cama<sup>109</sup>.

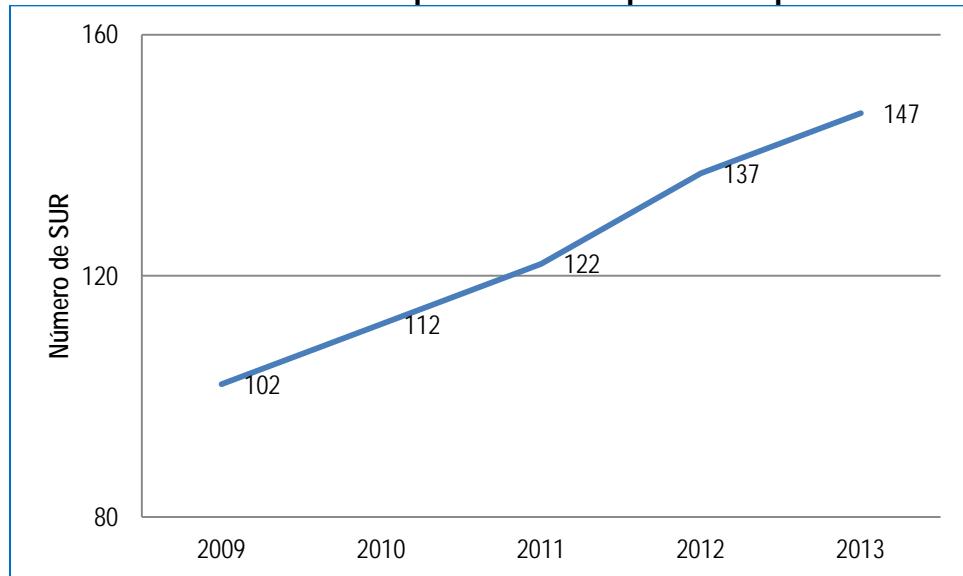
En términos de tendencia, se observa que de aquellos pacientes con indicación de hospitalización, los hospitalizados con menos de 12 horas de espera pasan, a nivel nacional, desde un 78% en el 2009 a un 66% el 2013. Esto puede ser producto de diversas causas que van desde insuficiente capacidad instalada (en días camas de baja, mediana y alta complejidad) y de una menor capacidad de esta misma para acoger la demanda hasta cambios en los perfiles temporales de demanda, culturales de la población. La información disponible no permite cuantificar el impacto atribuible a ninguno de estos factores.

### **III.5.3. Atención de baja complejidad: oferta SUR-SAPU**

#### **SUR**

Los SUR fueron implementados durante el año 2009 y, como se mencionó, son componentes que abordan en especial la equidad y oportunidad. Durante el periodo analizado se han establecido nuevos dispositivos, registrándose al año 2013 147<sup>110</sup> SUR repartidos en el país, dando atención de salud de urgencia en localidades pobres en horarios donde antes no había atención ni cercanía de centros que la dieran.

**Gráfico 3.15: Número de SUR disponibles en el país en el periodo de estudio**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del Balance de Gestión Integral, MINSAL 2013.

<sup>109</sup> Esta consultora no dispuso de datos que permitiera relacionar tiempos de espera con letalidad. No obstante, la mortalidad depende de varias causas, entre ellas la gravedad con la cual acceden los usuarios a los ECE de la Rdu.

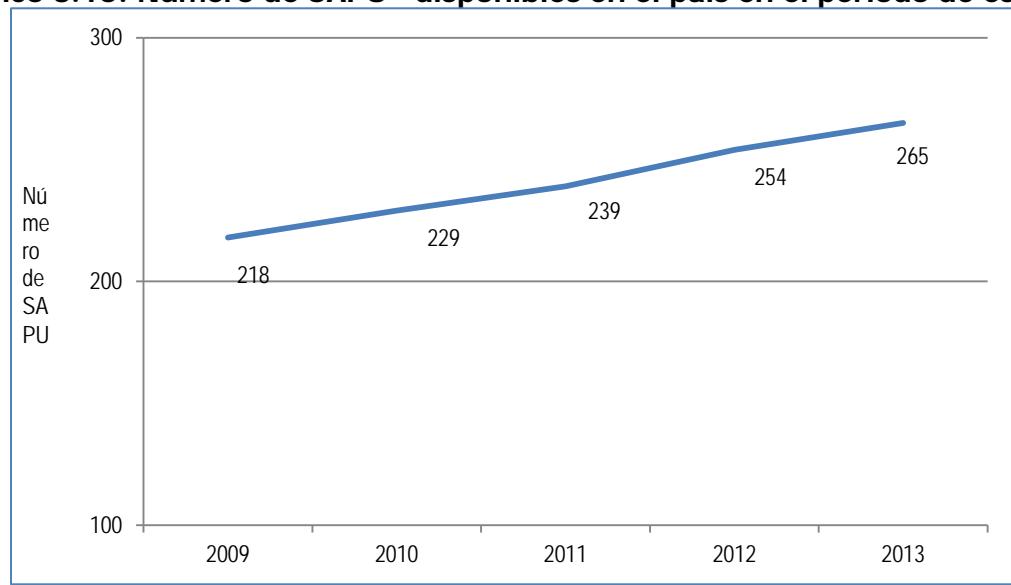
<sup>110</sup> DEIS MINSAL 2013.

Los SUR se encuentran fuertemente vinculados a los eslabones superiores en complejidad de la RdU, debiendo establecerse protocolos de derivación y respuesta ante la emergencia más compleja, ello pudo constatarse en las entrevistas de la muestra, donde los SUR poseen comunicación fluida con los centros de complejidad mayor de su red. El problema registrado en esta relación corre por cuenta de los medios de movilización, puesto que SAMU a veces se encuentra fuera del área de atención del SUR o su llegada es dificultosa. Es por ello que muchos SUR han debido adquirir vehículos<sup>111</sup> de traslado para disminuir los tiempos de espera en traslado de un paciente que lo amerite.

### **SAPU**

Los SAPU son implementados durante el año 1990 y son un componente esencial de la RdU. Se encuentran disponibles en todo el país y su número de establecimientos ha ido aumentando en el periodo estudiado.

**Gráfico 3.16: Número de SAPU\* disponibles en el país en el periodo de estudio**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos del Balance de Gestión Integral, MINSAL 2013

\* No se consideran en este cálculo los SAPU de verano.

Como se observa en el gráfico precedente, los SAPU han aumentado durante el periodo de estudio a razón de aproximadamente 9,4 establecimientos por año.

Para el año 2013 figuraban 265<sup>112</sup> SAPU repartidos por el país, solo los Servicio de Chiloé y Aysen no contaban ese año con SAPU funcionales, sin embargo el año 2014 se inauguran SAPU en ambos Servicios de Salud. La tasa de SAPU por cada 100.000 beneficiarios de FONASA (BF) es de 2,0. Esta tasa no es comparable, puesto que no existe un estándar internacional definido para este componente de la red.

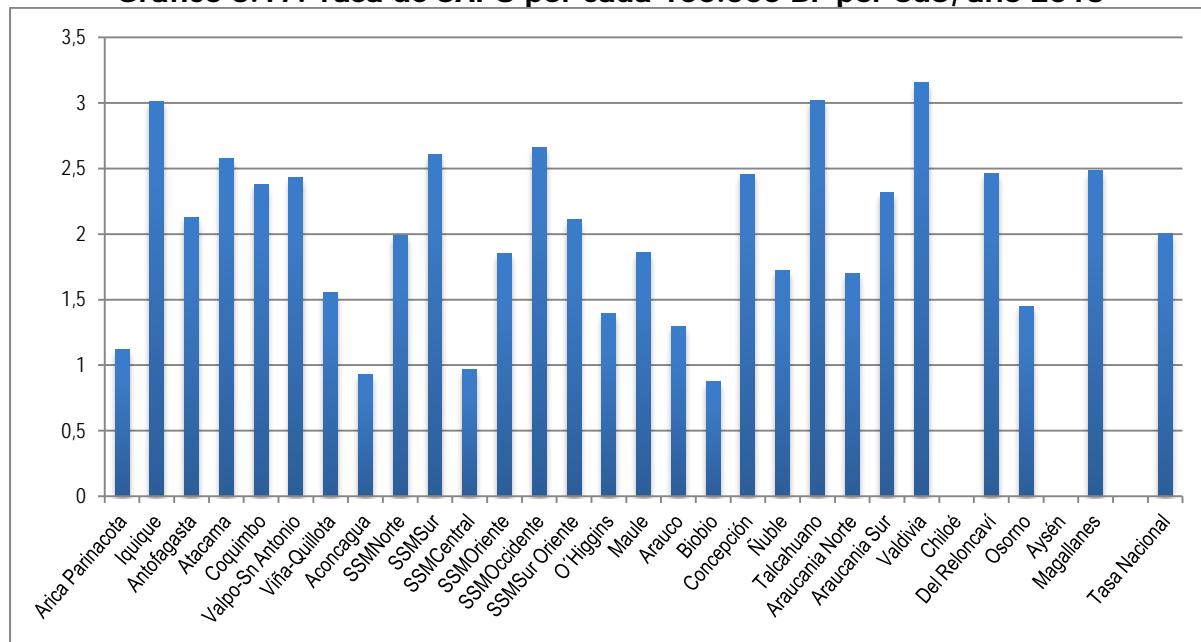
El gráfico siguiente muestra las tasas de SAPU en todos los servicios de salud del país. Es de notar las distintas concentraciones de este componente según el servicio de salud que se trate, que no necesariamente se correlaciona con la cantidad de habitantes ni la necesidad

<sup>111</sup> Es una afirmación de los entrevistados en los SUR visitados.

<sup>112</sup> Balance de Gestión Integral 2013.

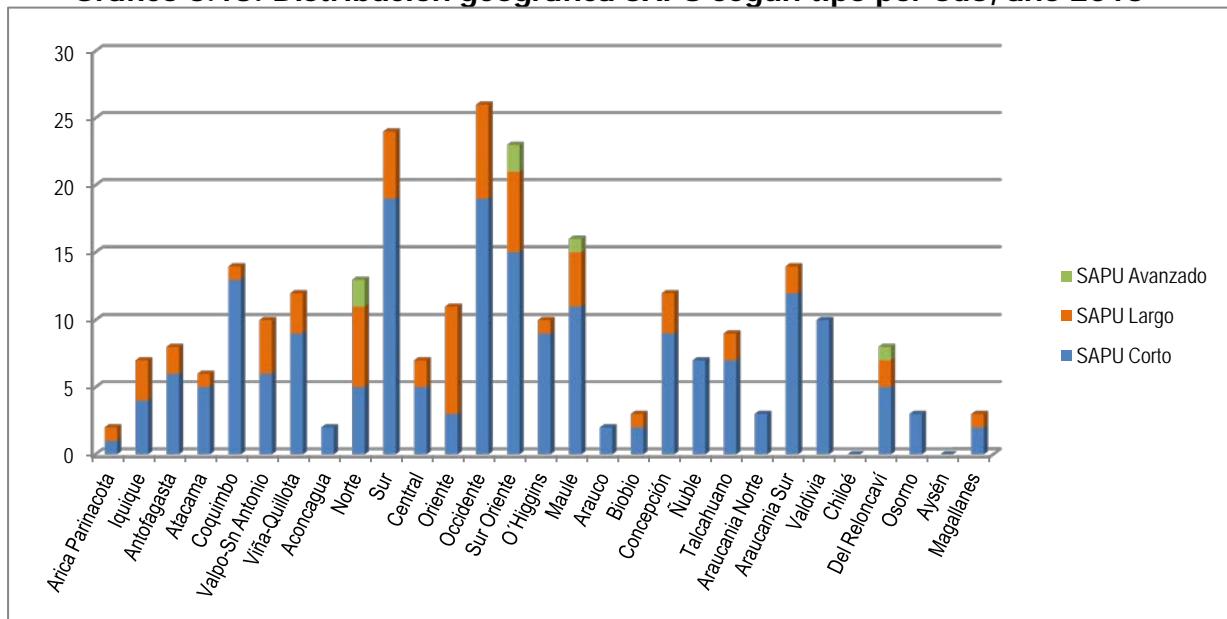
del mismo. Los servicios que tienen una mayor proporción de SAPU por beneficiario FONASA son Valdivia, Talcahuano e Iquique, con tasas sobre 3 SAPU cada 100.000 beneficiarios FONASA (BF). Los Servicios que cuentan con menos SAPU son Chiloé y Aysen, que no cuentan en el periodo estudiado con el componente, Biobío, Aconcagua y Metropolitano Central, con menos de 1 SAPU cada 100.000 beneficiarios FONASA. Esta baja tasa sugiere una restricción del acceso a la consulta de urgencia de baja complejidad para esta población.

**Gráfico 3.17: Tasa de SAPU por cada 100.000 BF por SdS, año 2013**



Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL y FONASA.

**Gráfico 3.18: Distribución geográfica SAPU según tipo por SdS, año 2013**



Fuente: elaboración propia a partir de data DEIS MINSAL<sup>113</sup>.

Como se observa en el gráfico anterior, del total de SAPU que funcionan en el país la mayoría corresponde a la modalidad SAPU Corto, que atienden sólo hasta las 24:00hrs, luego en mucha menor proporción los SAPU Largos, cuya atención se extiende por toda la noche, y ocasionales resultan los SAPU Avanzados. Tampoco se observa una relación entre los distintos tipos de SAPU, hay servicios de salud que solo cuentan con SAPU corto, sin la modalidad de largo ni avanzado. Estos aspectos pueden determinar un menor acceso a atención de urgencia de APS, puesto que la atención se encuentra disponible solo hasta la media noche.

Con respecto a la tasa de atenciones de SAPU para el año 2013 fue de 0,69 atenciones por beneficiario<sup>114</sup>, lo cual se encuentra por sobre la meta propuesta por el Ministerio de Salud (MINSAL) de 0,67 atenciones por beneficiario. Además la resolutividad de este componente, vale decir la cantidad de atenciones que terminan en derivación a centros de mayor complejidad, es menos del 5% (se aborda en detalle en el capítulo VI).

### III.5.4. Atención de mediana y alta complejidad: hospitales y UEH

Actualmente, el sistema público, se organiza en torno a 29 Servicios de Salud, que a su vez están formados por todos los establecimientos públicos de salud, dentro de los cuales se encuentra una red de 195 hospitales<sup>115</sup>.

<sup>113</sup> DEIS MINSAL Listado de establecimientos de Salud, Internet, disponible en [www.deis.cl/.../2015/04/Base\\_Establecimientos\\_ChileDEIS\\_MINSAL2015](http://www.deis.cl/.../2015/04/Base_Establecimientos_ChileDEIS_MINSAL2015), visto el 25 de Octubre de 2015.

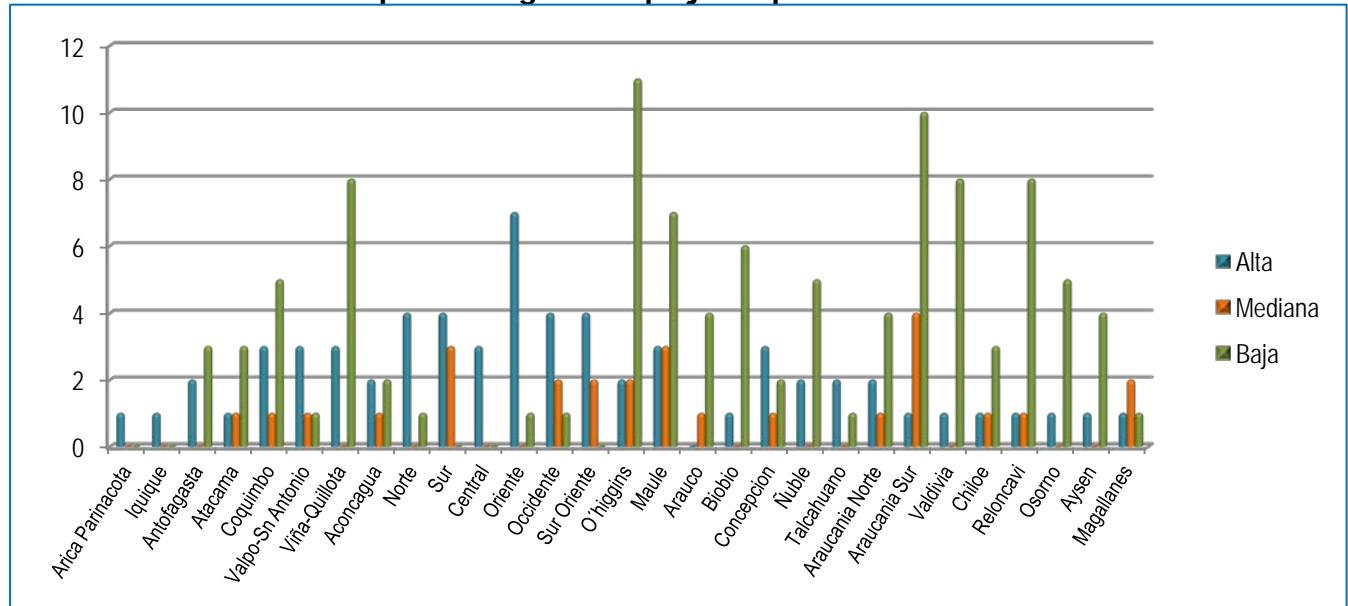
<sup>114</sup> Esta tasa se refiere a la cantidad de consultas que realizan los usuarios, es una forma de medir si ellos acuden a este tipo de establecimiento o prefieren ir a consultar a las UEH. El resultado por sobre el estándar establecido por el MINSAL sugiere que los usuarios consultaría a los SAPU en una mayor proporción a la definida por la autoridad.

<sup>115</sup> DEIS MINSAL, 2015.

La Red nacional de hospitales cuenta con 195 establecimientos hospitalarios, de los cuales, 187 cuentan con UEH, es decir el 95,1% de los hospitales del país cuenta con un servicio de urgencia para atender las necesidades de atención de urgencia de la población. Se detallan en el anexo 3.2.

El gráfico siguiente muestra la cantidad de hospitales por SdS y la complejidad de estos. Es necesario hacer notar que el único SdS que no cuenta con Hospital de alta complejidad es Arauco. Como es lógico pensar, en el país existen más hospitales de baja que hospitales de alta.

**Gráfico 3.19: Hospitales según complejidad por Servicios de Salud**



Fuente: DEIS MINSAL, 2015

En el gráfico siguiente es posible observar que los SdS de la RM concentran la mayor complejidad hospitalaria y que hacia regiones se incrementa el número de hospitales de baja complejidad disminuyendo notoriamente la complejidad hospitalaria. En algunas regiones de hecho, se observa un "quiebre" que pasa desde la alta complejidad hospitalaria hacia un número muy alto de establecimientos de baja complejidad, con mínimo de establecimientos de mediana complejidad.

Lo señalado es significativo, porque las UEH y su capacidad de resolución se relaciona con la complejidad del hospital donde están insertas siendo mayor en los hospitales de alta y mediana complejidad, en tanto que los establecimientos de baja complejidad carecen del personal calificado y de los recursos tecnológicos requeridos para dar soporte a pacientes complejos, lo que significa desventajas en oportunidad y calidad de atención para la población que debe acudir a ellos.

Dado que el 96% de todos los hospitales del país cuentan con Servicio de Urgencia, los que muy probablemente sean de complejidad acorde con la del establecimiento donde están insertas, existen 104 UEH de baja complejidad, los que serían servicios de urgencia de escasa resolución y requerirían, para ser efectivos y eficientes, de una capacidad de

respuesta muy ágil y oportuna en caso de enfrentar la emergencia vital. Esto implica necesariamente, que los establecimientos de baja complejidad deberían tener alguna capacidad de derivación muy expedita para la atención de la emergencia cuando esta se produzca, ya que las tasas de riesgo son semejantes para toda la población, lo que hace necesario una homogénea capacidad de respuesta frente a emergencias Cardiovasculares, Politraumatizados y Respiratorias a lo menos, que son las que presentan mayor riesgo vital.

**Tabla 3.6: Hospitales de alta, mediana y baja complejidad por 100.000 BF, 2013**

Servicios de Salud	Complejidad de hospitales			Población FONASA 2013	Hospitales de mediana y baja complejidad por 100.000 beneficiarios	Hospitales de alta complejidad por 100.000 beneficiarios
	Alta	Mediana	Baja			
Arica Parinacota	1	0	0	178.720	-	0,56
Iquique	1	0	0	232.584	-	0,43
Antofagasta	2	0	3	376.336	0,80	0,53
Atacama	1	1	3	233.063	1,72	0,43
Coquimbo	3	1	5	588.633	1,02	0,51
Valpo-Sn Antonio	3	1	1	411.240	0,49	0,73
Viña-Quillota	3	0	8	773.549	1,03	0,39
Aconcagua	2	1	2	215.967	1,39	0,93
Norte	4	0	1	654.997	0,15	0,61
Sur	4	3	0	920.598	0,33	0,43
Central	3	0	0	722.137	-	0,42
Oriente	7	0	1	593.623	0,17	1,18
Occidente	4	2	1	977.139	0,31	0,41
Sur Oriente	4	2	0	1.089.522	0,18	0,37
O'Higgins	2	2	11	718.991	1,81	0,28
Maule	3	3	7	861.554	1,16	0,35
Arauco	0	1	4	154.103	3,24	-
Biobio	1	0	6	343.204	1,75	0,29
Concepcion	3	1	2	488.548	0,61	0,61
Ñuble	2	0	5	407.058	1,23	0,49
Talcahuano	2	0	1	298.591	0,33	0,67
Araucania Norte	2	1	4	176.382	2,83	1,13
Araucania Sur	1	4	10	603.862	2,32	0,17
Valdivia	1	0	8	316.872	2,52	0,32
Chiloé	1	1	3	148.062	2,70	0,68
Reloncaví	1	1	8	325.416	2,77	0,31
Osorno	1	0	5	206.997	2,42	0,48
Aysen	1	0	4	78.367	5,10	1,28
Magallanes	1	2	1	120.879	2,48	0,83

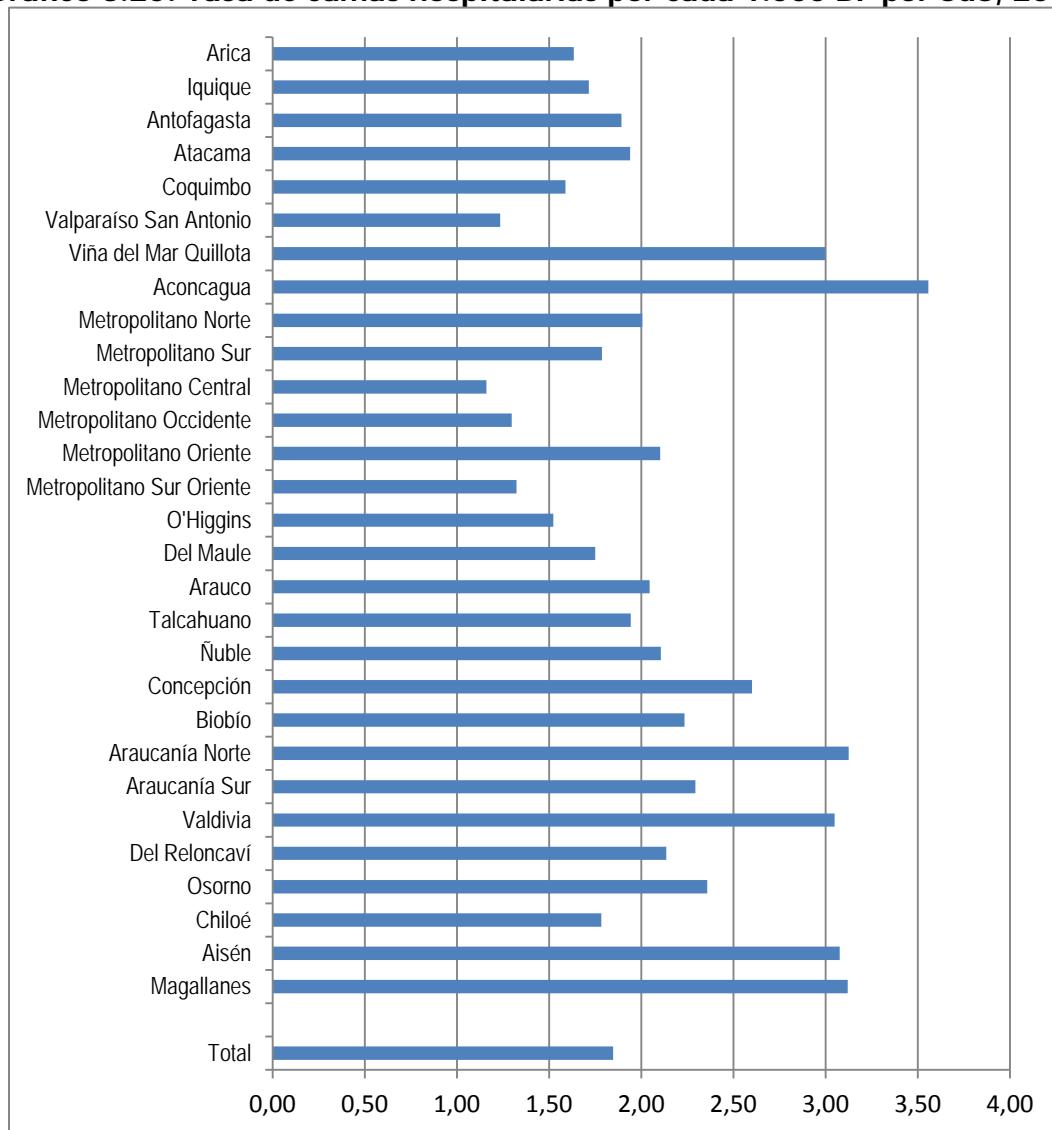
Servicios de Salud	Complejidad de hospitales			Población FONASA 2013	Hospitales de mediana y baja complejidad por 100.000 beneficiarios	Hospitales de alta complejidad por 100.000 beneficiarios
	Alta	Mediana	Baja			
Promedio	64	27	104	13.216.994	0,99	0,48

Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL y FONASA.

En el gráfico siguiente se observa que el Servicio de Salud con **mayor** número de camas por habitante sería Aconcagua, con 3,6 camas por 1.000 beneficiarios FONASA, seguido de Araucanía Norte y Magallanes cada uno con 3,1 camas cada 1.000 BF.

Los Servicios que presentan el **menor** número de camas por 1.000 BF son Valparaíso San Antonio y Metropolitano Central con tasas de 1,2 camas cada 1.000 BF.

**Gráfico 3.20: Tasa de camas hospitalarias por cada 1.000 BF por SdS, 2013**



Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL y FONASA.

De lo señalado, es posible concluir que no hay relación complementaria entre la complejidad de los establecimientos hospitalarios en cada región, debiendo suponer que para que exista "red" la complementariedad entre sus componentes debe ser una característica que debería cumplirse. Esta característica no se observa en la escala de complejidad entre establecimientos de una misma región.

**En muchas regiones los servicios de urgencia hospitalarios reemplazan a los SAPU,** así, es posible observar que los SdS con menores tasas de SAPU por beneficiario FONASA (Chiloé, Aconcagua y Metropolitano Central), presentan niveles de acceso distinto a las consultas de urgencia en hospitales de mediana y baja complejidad, que son un sustituto a las atenciones brindadas por SAPU. Para Chiloé, se encuentra una tasa de hospitales de baja y mediana complejidad por cada 100.000 beneficiarios FONASA mayor que el promedio para el resto del país. En particular, se observa que los porcentajes de consulta son mucho

mayores en centros de mayor complejidad, con un 67% de la consulta en Hospitales complejos y un 33% de la consulta en la baja complejidad. En cambio, SdS como Iquique, donde hay gran desarrollo de los SAPU, los porcentajes se invierten constatándose un 30% de la consulta en la alta complejidad y un 70% en la baja complejidad (SAPU y Hospitales de baja complejidad) (tabla 3.6 refrendado en la tabla 3.2) De las mismas tablas se deduce que Iquique, por ejemplo, brinda más de la mitad de las atenciones de la baja complejidad en sus dispositivos SAPU, mientras que Chiloé solo brinda un 1% de atenciones de urgencia en la atención primaria (consultorios). Siendo así, se deduce que ocurre cierta compensación de la falta de SAPU a través de la atención en hospitales de mediana y baja complejidad.

Por otro lado el SdS Aconcagua presenta una tasa de hospitales de baja y mediana complejidad levemente superior al promedio nacional, lo que, al igual que Chiloé, podría compensar el déficit de SAPU con un mayor acceso de la población a atención de urgencia de baja complejidad.

Finalmente, el SdS Metropolitano Central no cuenta con hospitales de mediana y baja complejidad, lo que sumando a un bajo acceso a SAPU puede traducirse en una mayor demanda de casos de baja complejidad en establecimientos de alta complejidad.

### **III.5.5. Oferta de camas hospitalarias: agudas, críticas (UPC) y totales**

De acuerdo a información presentada por el DEIS MINSAL<sup>116</sup> el año 2013, el SNSS tendría un total de **24.856 camas**, agudas y críticas, lo que representa **1,85 camas por 1.000 beneficiarios del FONASA**.

Según lo informado en las estadísticas hospitalarias del DEIS MINSAL, el número de días cama disponible ha crecido en un 2% a nivel nacional, con crecimientos mayores para servicios como Arica (28%) y Arauco (23%) y decrementos que van desde el -10% de Antofagasta hasta el -1% de Chiloé.

**Tabla 3.7: Número de días cama por día disponibles por SdS, 2010 al 2014**

Servicio de Salud	2010	2011	2012	2013	2014	Crecimiento 2010-2014
Arica	86,12	93,07	96,92	106,12	110,21	28,0%
Iquique	132,44	142,41	281,02	145,30	139,08	5,0%
Antofagasta	279,91	270,04	540,66	259,10	252,37	-9,8%
Atacama	168,39	171,11	340,61	164,56	165,15	-1,9%
Coquimbo	334,33	344,05	688,22	340,26	347,79	4,0%
Valparaíso San Antonio	349,67	309,00	720,17	347,46	358,75	2,6%
Viña del Mar Quillota	444,31	448,99	902,82	448,58	445,90	0,4%
Aconcagua	269,12	278,36	573,80	279,39	276,50	2,7%

<sup>116</sup> [www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/04/REM20.ppt](http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/04/REM20.ppt)

Número de **camas disponibles** y pacientes-día; Número de ingresos diarios; Número de ...; Total de camas públicas país información 2013 DEIS. No hay información disponible del número de camas por SdS actualizada. Última información en DEIS es del año 2009.

Servicio de Salud	2010	2011	2012	2013	2014	Crecimiento 2010-2014
Metropolitano Norte	475,79	477,90	984,97	477,97	486,63	2,3%
Metropolitano Occidente	429,15	471,98	962,79	461,60	483,48	12,7%
Metropolitano Central	330,92	332,45	633,19	304,64	346,19	4,6%
Metropolitano Oriente	458,85	455,85	912,55	454,30	438,11	-4,5%
Metropolitano Sur	622,02	597,74	1.203,60	598,95	590,39	-5,1%
Metropolitano Sur Oriente	576,56	549,71	1.137,39	524,93	556,80	-3,4%
O'Higgins	387,00	414,24	827,03	398,61	385,46	-0,4%
Del Maule	456,96	497,79	1.074,99	548,66	500,00	9,4%
Ñuble	296,08	303,25	622,48	311,93	299,73	1,2%
Concepción	427,00	453,08	918,24	462,32	477,16	11,7%
Talcahuano	199,68	216,33	423,50	211,11	209,68	5,0%
Biobío	277,55	280,88	561,03	279,22	287,68	3,7%
Araucanía Sur	471,31	471,78	993,92	504,13	498,83	5,8%
Valdivia	370,72	354,22	706,30	351,55	346,94	-6,4%
Osorno	172,77	168,70	347,80	177,74	176,78	2,3%
Del Reloncaví	244,97	247,68	522,09	253,12	246,89	0,8%
Aisén	88,15	89,93	180,32	87,89	85,55	-2,9%
Magallanes	145,69	139,72	271,68	137,20	137,10	-5,9%
Arauco	98,09	112,39	226,93	114,50	120,69	23,0%
Araucanía Norte	183,24	188,15	389,75	200,55	205,15	12,0%
Chiloé	95,51	95,38	194,54	96,12	94,96	-0,6%
Total	8.872,28	8.976,18	18.239,34	9.047,81	9.069,96	2,2%

Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

El sistema, mantiene porcentajes de ocupación muy elevados y permanentes en el tiempo (como se aprecia en la siguiente tabla), muy por encima de lo recomendado: 70% óptimo operacional, 80%máximo estandar recomendado.

**Tabla 3.8: Porcentaje de ocupación de días camas por SdS, 2010 a 2014**

Servicio de Salud	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio
Arica	85%	84%	83%	81%	83%	83%
Iquique	83%	83%	83%	82%	82%	83%
Antofagasta	75%	73%	71%	73%	72%	73%
Atacama	69%	68%	68%	67%	72%	69%
Coquimbo	75%	75%	75%	76%	77%	76%
Valparaíso San Antonio	94%	92%	94%	95%	81%	91%
Viña del Mar Quillota	75%	76%	77%	77%	80%	77%
Aconcagua	80%	81%	79%	80%	82%	81%

Servicio de Salud	2010	2011	2012	2013	2014	Promedio
Metropolitano Norte	91%	90%	88%	89%	89%	89%
Metropolitano Occidente	79%	80%	79%	81%	81%	80%
Metropolitano Central	84%	81%	82%	81%	83%	82%
Metropolitano Oriente	87%	87%	85%	84%	85%	86%
Metropolitano Sur	88%	89%	88%	88%	88%	88%
Metropolitano Sur Oriente	85%	86%	87%	88%	85%	86%
O'Higgins	69%	70%	72%	73%	75%	72%
Del Maule	70%	71%	69%	70%	77%	71%
Ñuble	72%	71%	70%	70%	74%	72%
Concepción	83%	82%	83%	82%	79%	82%
Talcahuano	75%	77%	75%	80%	80%	77%
Biobío	73%	75%	74%	73%	72%	73%
Araucanía Sur	78%	80%	79%	77%	77%	78%
Valdivia	76%	73%	74%	72%	73%	74%
Osorno	70%	71%	71%	73%	73%	72%
Del Reloncaví	73%	73%	69%	74%	72%	72%
Aisén	62%	59%	57%	60%	64%	60%
Magallanes	78%	80%	79%	78%	78%	79%
Arauco	55%	55%	52%	52%	53%	53%
Araucanía Norte	64%	63%	62%	62%	59%	62%
Chiloé	68%	67%	68%	69%	69%	68%
Total	79%	79%	78%	78%	79%	78%

Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

En el total de camas señaladas, se encuentran incorporadas las denominadas camas críticas, destinadas a la atención médica del paciente grave; intensivo e intermedio.

Estas cifras demuestran que diariamente los hospitales disponen de un número muy escaso de camas para recibir a los pacientes que requieren hospitalización en los diferentes servicios clínicos para resolver las distintas patologías la mayoría sin riesgo vital.

Respecto de los el promedio de días de hospitalización, los datos de REM 20 informan que durante el periodo de estudio tuvo un promedio de 6,25 y una escasa variación, pero tendió al alza desde 6,09 a 6,40 días promedio de estada hospitalaria.

**Tabla 3.9: Promedio de días de hospitalización, quinquenio 2009-2013**

2009	2010	2011	2012	2013
6,09	6,12	6,31	6,32	6,40

Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

### **III.5.5.1. Unidad de Paciente Crítico**

Este componente cuenta con una compleja tecnificación, con personal altamente entrenado para soporte vital, y atiende pacientes cuya gravedad y riesgo vital hace inviable su estadía en una cama hospitalaria básica.

Se encuentra en los hospitales de alta y mediana complejidad y acceden a esta unidad pacientes en situación de inestabilidad y/o riesgo vital, derivadas por orden médica desde servicios clínicos del mismo hospital como: urgencia, pabellón, cirugía, medicina, maternidad, pediatría, entre otros, o desde servicios clínicos de otros hospitales.

Las Unidades de Paciente Crítico son el punto de salida para algunas de las atenciones que se brindan en el servicio de urgencia, para las más complejas y con mayor riesgo vital.

**Para el año 2013, el DEIS MINSAL reporta la existencia de 2.479 camas críticas públicas, repartidas en los distintos servicios de salud del país. Esta cifra representa el 9,97% del total de camas del SNSS.**

#### **Camas críticas**

Para el año 2013, del total de camas críticas informadas por el DEIS MINSAL **un 38% corresponde a camas intensivas y el resto a camas de cuidados intermedios**. Estas camas se encuentran distribuidas en todo el país pero concentradas en la RM, especialmente en los servicios de salud Metropolitano Oriente, Metropolitano Occidente y Metropolitano Sur.

Del total de camas críticas, **1.322 corresponden a camas indiferenciadas adultas, las que representan un 53,3%. Las otras son de neonatología con 689 camas (27,8%) y pediatría con 384 camas (15,5%). El restante 3,4% son coronarias, neurocirugía y quemados.**

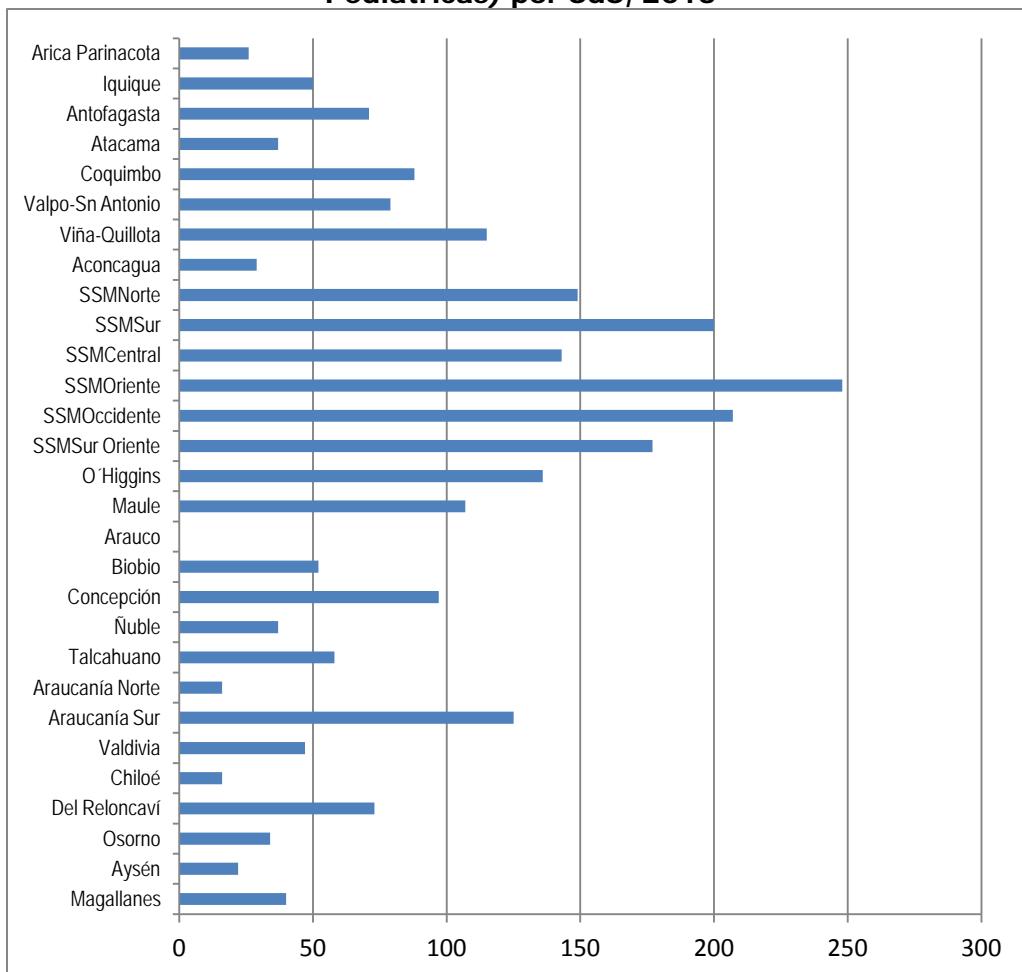
Es importante mencionar que las camas críticas no son de exclusivo uso del servicio de urgencia; su uso está determinado por la inestabilidad clínica del paciente, vale decir, las fuentes potenciales de usuarios de camas críticas están tanto en el servicio de urgencia, como en pabellones de cirugía, pacientes que se complican durante su estadía dentro del hospital, entre otros.

Destacamos que el SdS Arauco, uno de los servicios de la VIII región era el único que no contaba al año 2013 con el recurso de camas críticas. Durante junio del año 2014, el hospital de Curanilahue inauguró las primeras 4 camas UTI<sup>117</sup>, y el proyecto a corto plazo es incorporar camas UCI al servicio. Con ello, por una parte disminuyó su derivación al hospital regional de Concepción, establecimiento que respondía a los casos de mayor urgencia derivados del hospital de Curanilahue, y, de forma muy importante, se logró la presencia del recurso de camas críticas en todos los servicios de salud del país.

---

<sup>117</sup> Reporte de prensa diario El Sur, Concepción, día 17 de junio de 2014. Visto en <http://www.soychile.cl/Arauco/Sociedad/2014/06/17/256135/Este-martes-entro-en-funcionamiento-la-nueva-UTI-del-Hospital-Provincial-de-Curanilahue.aspx>, el 02 de octubre de 2015

**Gráfico 3.21: Cantidad de camas críticas totales (adultos UCI, adultos UTI y Pediátricas) por SdS, 2013**



Fuente: Elaboración propia en base a data DEIS MINSAL

### Camas críticas intensivas adulto (UCI)

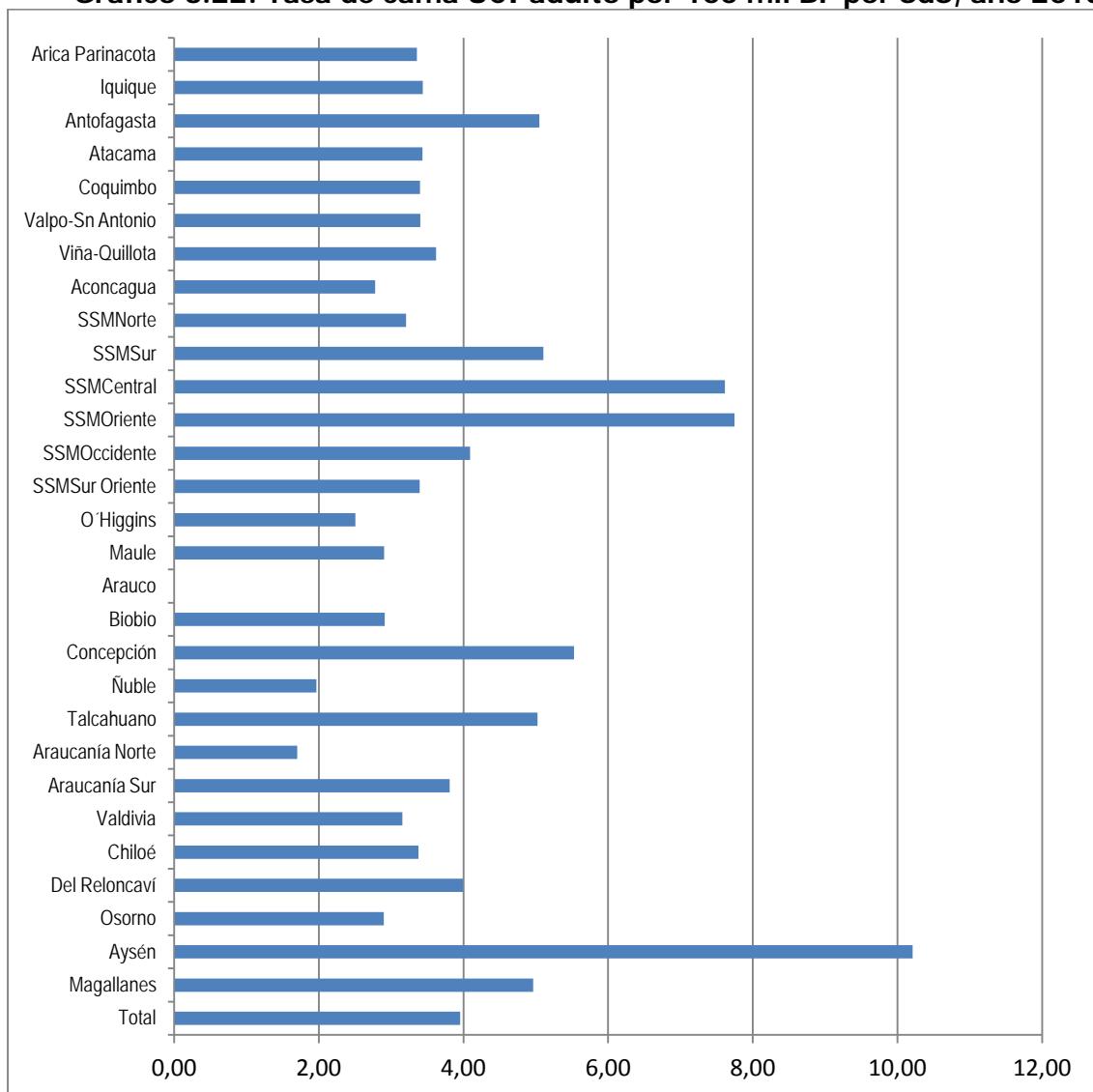
El SNSS cuenta con 532 camas Intensivas de Adulto, DEIS MINSAL, lo que da una tasa de 3,96 camas de este tipo por 100.000 BF (ver gráfico siguiente), cifra que se encuentra por debajo del estándar definido de 6 camas UCI cada 100.000 habitantes<sup>118</sup>.

El Servicio con la mayor tasa de camas críticas adultos es Aysén, con 10,21, le sigue el Servicio de Salud Metropolitano Oriente 7,75 y el Metropolitano Central con 7,62.

Los Servicios de Salud con menor tasa son Arauco, que no tiene camas Intensivas, Araucanía Norte y Valparaíso San Antonio, con tasas de 1,7 y 1,81, respectivamente.

<sup>118</sup> Galvez, S., Gonzalez, H., Labarca, E., Cornejo, R., Bruhn, A., Ugarte, H., Canteros, J., Tobar, E., Soto, R., Castillo, L.: "Medicina Intensiva en Chile: desafíos para su desarrollo. Documento de la comisión nacional de medicina intensiva del Ministerio de Salud". Rev Med Chile 2013; 141: 90-94.

**Gráfico 3.22: Tasa de cama UCI adulto por 100 mil BF por SdS, año 2013**



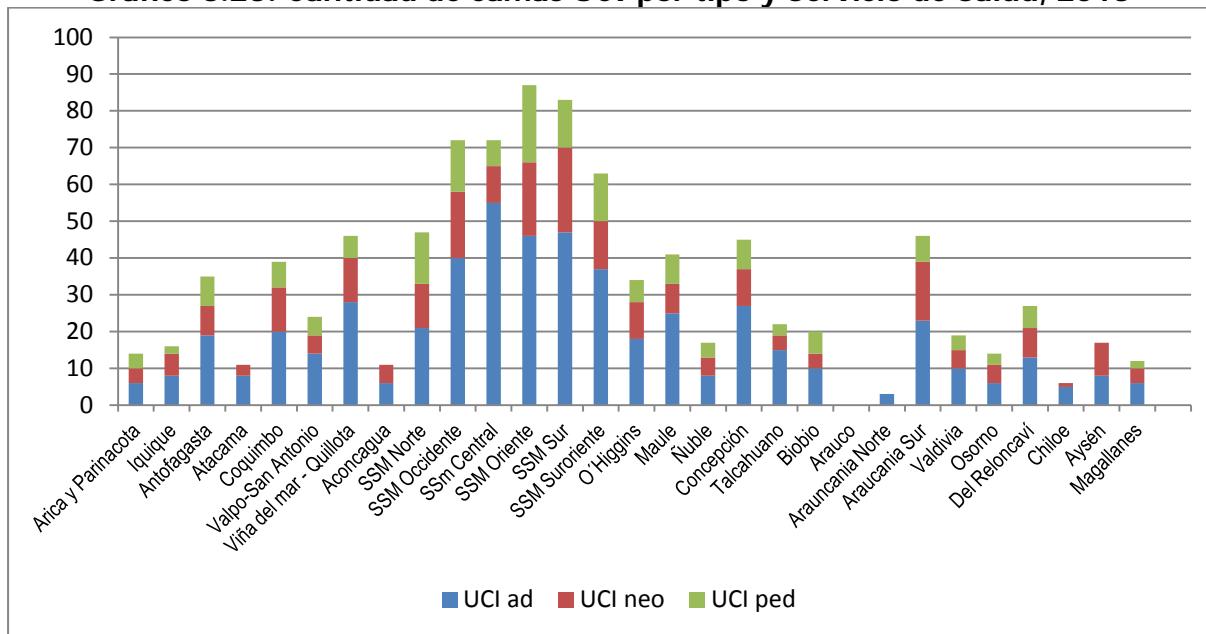
Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL y FONASA.

Otro aspecto de interés es constatar que el SdS Metropolitano Oriente tiene una tasa de 7,75 camas por 100.000 beneficiarios, lo que responde a la presencia de la mayoría de los Institutos de especialidad de referencia nacional (Instituto Nacional del Tórax, Instituto Nacional de Neurocirugía, Instituto Nacional Geriátrico, entre otros).

Otro SdS con alta tasa de camas UCI es Aysén, lo que seguramente se debe a condiciones geográficas las que generan dificultades para realizar traslados de pacientes críticos dada la inestabilidad de las condiciones meteorológicas que son características de la zona.

En el gráfico siguiente es posible apreciar que la mayor concentración de camas UCI se encuentra en las camas críticas de adulto, observándose un bajo número de camas neonatológicas y uno menor de pediátricas.

**Gráfico 3.23: Cantidad de camas UCI por tipo y Servicio de Salud, 2013**



Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

Las camas críticas, en cualquiera de sus tipos se concentran en la RM, disminuyendo a medida que los servicios se alejan del centro.

Respecto a los días camas UCI adulto se observa un crecimiento de casi un 16% para el SNSS. En particular, se observa un fuerte incremento de camas críticas en los servicios de salud Metropolitano Norte, Occidente, Del Maule, Talcahuano y Chiloé.

**Tabla 3.10: Días camas de cuidados intensivos adulto por Servicio de Salud**

Servicios de Salud	2010	2011	2012	2013	Crecimiento 2010-2013
Arica	2.555	2.167	2.352	2.236	-12,5%
Iquique	2.950	2.950	2.967	3.047	3,3%
Antofagasta	6.596	6.637	6.588	6.798	3,1%
Atacama	2.773	2.874	2.938	2.875	3,7%
Coquimbo	7.307	7.301	7.319	7.300	-0,1%
Valparaíso San Antonio	4.620	4.904	5.124	5.091	10,2%
Vña del Mar Quillota	7.003	8.159	10.059	10.252	46,4%
Aconcagua	2.115	2.169	2.173	2.185	3,3%
Metropolitano Norte	4.015	8.100	7.658	7.668	91,0%
Metropolitano Occidente	9.410	13.440	14.259	14.511	54,2%
Metropolitano Central	18.632	20.418	20.630	20.266	8,8%
Metropolitano Oriente	16.758	17.180	19.687	16.912	0,9%
Metropolitano Sur	14.577	14.579	15.017	17.005	16,7%
Metropolitano Sur	12.798	13.558	14.209	13.386	4,6%

Servicios de Salud	2010	2011	2012	2013	Crecimiento 2010-2013
Oriente					
O'Higgins	4.994	6.447	6.387	6.544	31,0%
Del Maule	5.655	6.519	8.048	9.255	63,7%
Ñuble	3.066	2.922	2.928	2.919	-4,8%
Concepción	9.170	10.192	9.992	9.955	8,6%
Talcahuano	3.286	3.658	5.497	5.500	67,4%
Biobío	3.839	3.724	4.082	3.738	-2,6%
Araucanía Sur	7.636	8.396	8.374	8.396	10,0%
Valdivia	3.130	3.285	3.294	3.459	10,5%
Osorno	2.618	2.190	2.196	2.190	-16,3%
Del Reloncaví	4.795	4.589	4.858	4.679	-2,4%
Aisén	2.921	2.663	2.448	2.914	-0,2%
Magallanes	3.657	3.804	2.805	2.192	-40,1%
Araucanía Norte	-	606	1.098	1.095	80,7%
Chiloé	563	1.726	1.726	1.755	211,7%
SNSS	167.439	185.157	194.713	194.123	15,9%

Fuente: elaboración propia a partir de data DEIS MINSAL.

Los crecimientos en capacidad de cuidados intensivos se acompañan en general de una disminución de la capacidad en cuidados intermedios para cada servicio. Esto se justifica en que la cama intensiva puede ser utilizada para intermedio pero no al revés, generándose una flexibilidad que, a partir de los ratios presentados en la tabla siguiente, es bastante estándar a lo largo del territorio nacional.

**Tabla 3.11: Relación entre camas de tratamiento intermedio versus cama cuidados intensivos adulto por SdS 2010 - 2013**

Servicios de Salud	2010	2011	2012	2013
Arica	0,86	1,51	1,87	1,96
Iquique	1,07	1,51	1,99	2,54
Antofagasta	0,00	0,00	0,00	0,98
Atacama	2,32	2,85	3,36	3,28
Coquimbo	1,61	1,60	1,60	1,66
Valparaíso San Antonio	2,84	3,28	3,10	3,08
Viña del Mar Quillota	2,12	1,99	1,67	1,61
Aconcagua	1,92	2,02	2,02	2,01
Metropolitano Norte	5,58	2,51	2,90	2,73
Metropolitano Occidente	2,69	2,08	1,99	1,89
Metropolitano Central	0,68	0,64	0,68	0,72
Metropolitano Oriente	1,68	1,77	1,50	1,84
Metropolitano Sur	1,69	1,95	1,92	1,57

Servicios de Salud	2010	2011	2012	2013
Metropolitano Sur Oriente	1,87	1,70	1,65	1,77
O'Higgins	2,35	2,20	2,60	2,57
Del Maule	2,90	2,22	1,81	1,64
Ñuble	2,74	1,25	1,25	1,25
Concepción	1,29	1,13	0,88	0,87
Talcahuano	1,46	1,91	1,56	1,99
Biobío	1,42	1,45	1,25	1,44
Araucanía Sur	1,97	1,75	1,75	1,66
Valdivia	1,40	1,33	1,33	1,27
Osorno	0,84	1,00	1,00	1,37
Del Reloncaví	0,80	1,37	1,62	1,88
Aisén	0,17	0,82	0,82	0,63
Magallanes	1,20	1,16	1,80	3,00
Araucanía Norte		8,62	4,33	4,33
Chiloé	2,89	0,64	0,59	0,66
SNSS	1,72	1,64	1,62	1,68

Fuente: Elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

En la Guía de Organización y Funcionamiento de Unidades de Pacientes Críticos de 2004 se propone un estándar de 6 camas intensivas y 12 camas intermedias de adultos por 100.000 habitantes<sup>119</sup>, es decir 2 camas de cuidados intermedios por 1 intensiva.

Como se muestra en la tabla anterior, todos los servicios muestran niveles estables en esta relación de camas críticas, en torno al promedio nacional para el período de 1,68 camas de Intermedio por 1 cama de Intensivo. Esta aproximación al estándar ministerial de 2 camas de intermedio por 1 intensivo supone un avance, sin embargo, aumentar las camas de intensivo a expensas de las camas de intermedio, si bien resuelve el problema de la atención inmediata del paciente más crítico, es una solución de muy corto plazo, ya que impide la salida hacia una unidad menos compleja de pacientes que podrían ir hacia cama de intermedio una vez estabilizados y deben permanecer en cama intensiva, lo que finalmente resulta más caro por la prolongación del promedio de días de estada en intensivo y el mayor consumo en gasto de personal fundamentalmente, además del riesgo clínico, que es mayor al permanecer en una unidad crítica, especialmente por la posibilidad de contraer infecciones intrahospitalarias.

### **Camas críticas intensivas pediátricas**

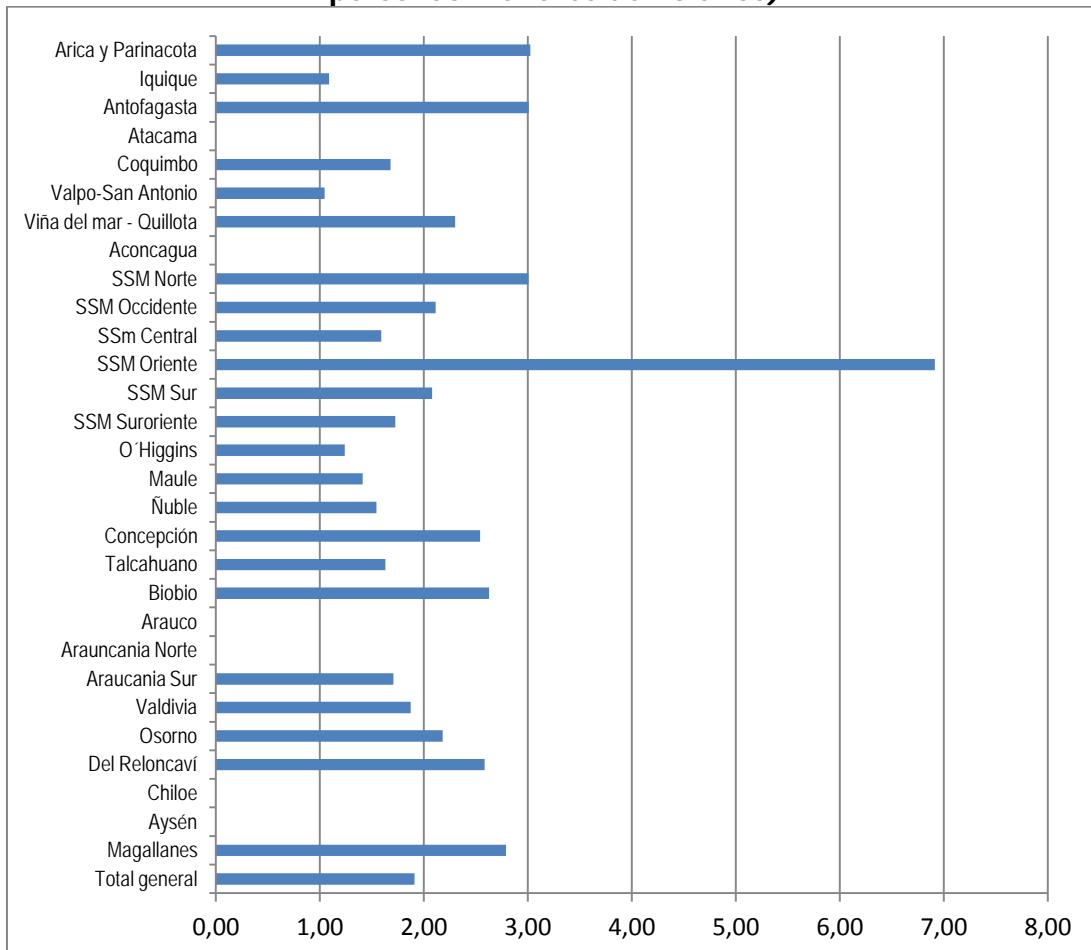
Respecto a las camas intensivas pediátricas el estándar es de 3 camas intensivas pediátricas por cada 30.000 menores de 15 años. Actualmente el sector público reporta 165 camas, concentradas en la RM.

---

<sup>119</sup> Infante A, Saez E. (2004): "Guía de Organización y Funcionamiento de Unidades de Pacientes críticos". Rev. Chilena Med. Intensiva Chile 2004; 19(4): 209-223.

En el gráfico siguiente es posible observar que la tasa nacional es de 1,91 camas intensivas pediátricas por cada 30.000 menores de 15 años, habiendo SdS que carecen de este tipo de camas: Aysén, Chiloé, Araucanía Norte, Arauco, Aconcagua, Atacama.

**Gráfico 3.24: Tasa de camas UCI pediátricas por SdS, 2013 (cada 30.000 personas menores de 15 años)**



Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

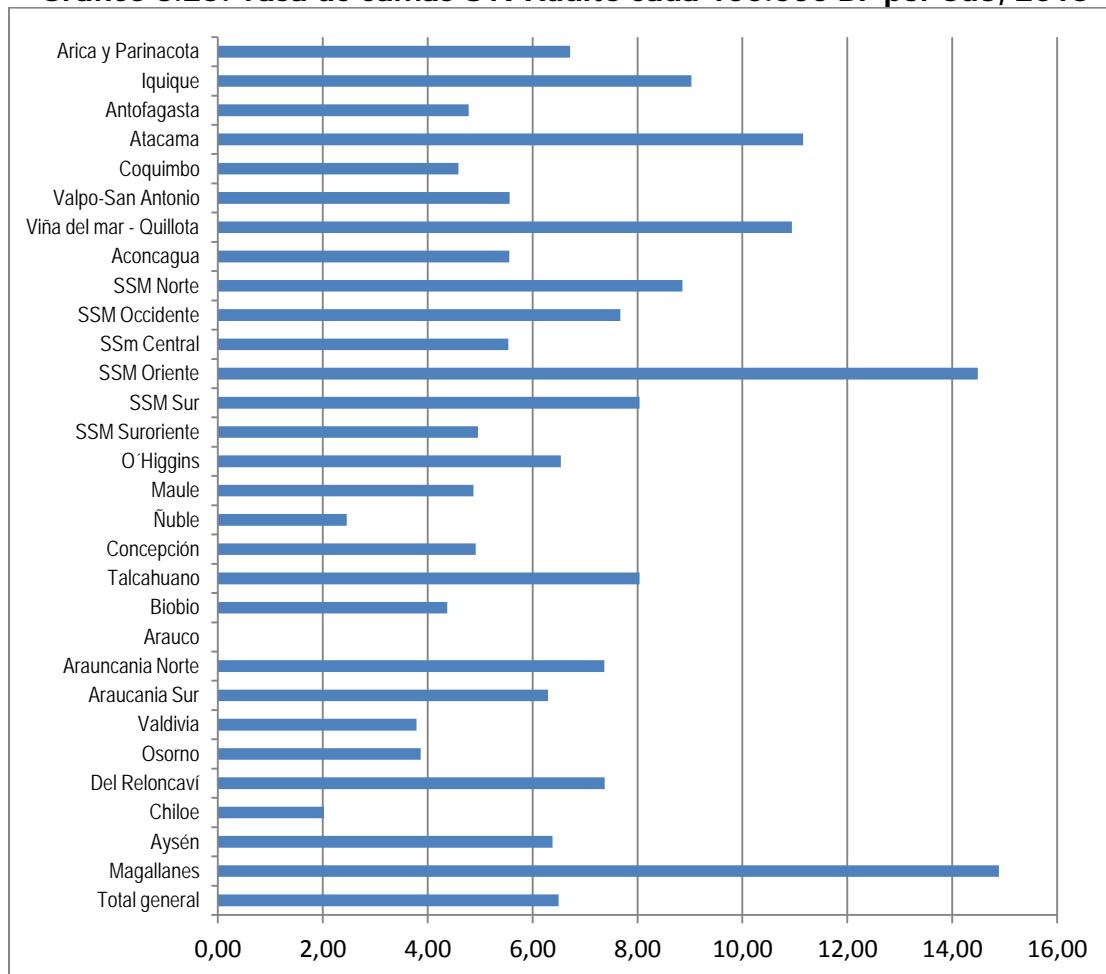
### Camas críticas intermedias adulto (UTI)

**El SNSS cuenta con 874 camas intermedias de adulto (DEIS MINSAL), lo que da una tasa de 6,5 camas intermedias por 100.000 beneficiarios FONASA siendo la referencia de 12 camas cada 100.000 habitantes<sup>120</sup>.**

Los SdS que presentan una mayor tasa de camas por 100 mil BF son Magallanes y Metropolitano Oriente, con 14,9 y 14,5, respectivamente. En el lado contrario se encuentran Arauco y Chiloé, el primero no dispone de este tipo de camas y el segundo cuenta con 3 camas y una tasa de 2 camas UTI por 100.000 mil BF.

<sup>120</sup> Galvez, S., Gonzalez, H., Labarca, E., Cornejo, R., Bruhn, A., Ugarte, H., Canteros, J., Tobar, E., Soto, R., Castillo, L.: "Medicina Intensiva en Chile: desafíos para su desarrollo. Documento de la comisión nacional de medicina intensiva del Ministerio de Salud". Rev Med Chile 2013; 141: 90-94.

**Gráfico 3.25: Tasa de camas UTI Adulto cada 100.000 BF por SdS, 2013**



Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL y FONASA.

Se señaló previamente que según la data del DEIS MINSAL, en el SNSS existen 532 camas intensivas de adulto y 874 camas intermedias de adulto, esto hace una relación de 1:1,6; es decir, hay 1,6 cama de intermedio por cada 1 de intensivo de adulto. La relación debería ser 2 camas intermedio por 1 de intensivo<sup>121</sup>.

**Tabla 3.12: Días camas de cuidados intermedio adulto por SdS**

Servicios de Salud	2010	2011	2012	2013	Crecimiento 2010-2013
Arica	2.190	3.270	4.394	4.391	101%
Iquique	3.146	4.442	5.894	7.748	146%
Antofagasta	-	-	-	6.691	100%
Atacama	6.429	8.178	9.871	9.438	47%
Coquimbo	11.747	11.682	11.713	12.125	3%
Valparaíso San Antonio	13.143	16.061	15.891	15.673	19%

<sup>121</sup> Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. Revista Chilena de Medicina Intensiva, 2004; Vol 19(4):209-223.

Servicios de Salud	2010	2011	2012	2013	Crecimiento 2010-2013
Viña del Mar Quillota	14.857	16.260	16.846	16.549	11%
Aconcagua	4.054	4.381	4.386	4.383	8%
Metropolitano Norte	22.413	20.354	22.175	20.962	-6%
Metropolitano Occidente	25.286	27.910	28.436	27.362	8%
Metropolitano Central	12.743	13.160	13.995	14.491	14%
Metropolitano Oriente	28.091	30.470	29.459	31.178	11%
Metropolitano Sur	24.693	28.409	28.829	26.697	8%
Metropolitano Sur Oriente	23.891	23.052	23.499	23.657	-1%
Del Libertador B.O'Higgins	11.747	14.208	16.633	16.835	43%
Del Maule	16.420	14.485	14.566	15.188	-8%
Ñuble	8.412	3.648	3.660	3.642	-57%
Concepción	11.790	11.489	8.784	8.650	-27%
Talcahuano	4.812	6.973	8.591	10.942	127%
Biobío	5.466	5.410	5.115	5.383	-2%
Araucanía Sur	15.033	14.683	14.682	13.931	-7%
Valdivia	4.380	4.380	4.392	4.380	0%
Osorno	2.196	2.190	2.196	3.006	37%
Del Reloncaví	3.826	6.287	7.862	8.815	130%
Aisén	486	2.184	2.012	1.836	278%
Magallanes	4.383	4.395	5.061	6.577	50%
Araucanía Norte	5.463	5.225	4.758	4.737	-13%
Chiloé	1.629	1.099	1.022	1.165	-28%

Fuente: Elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

### Camas críticas intermedio pediátricas

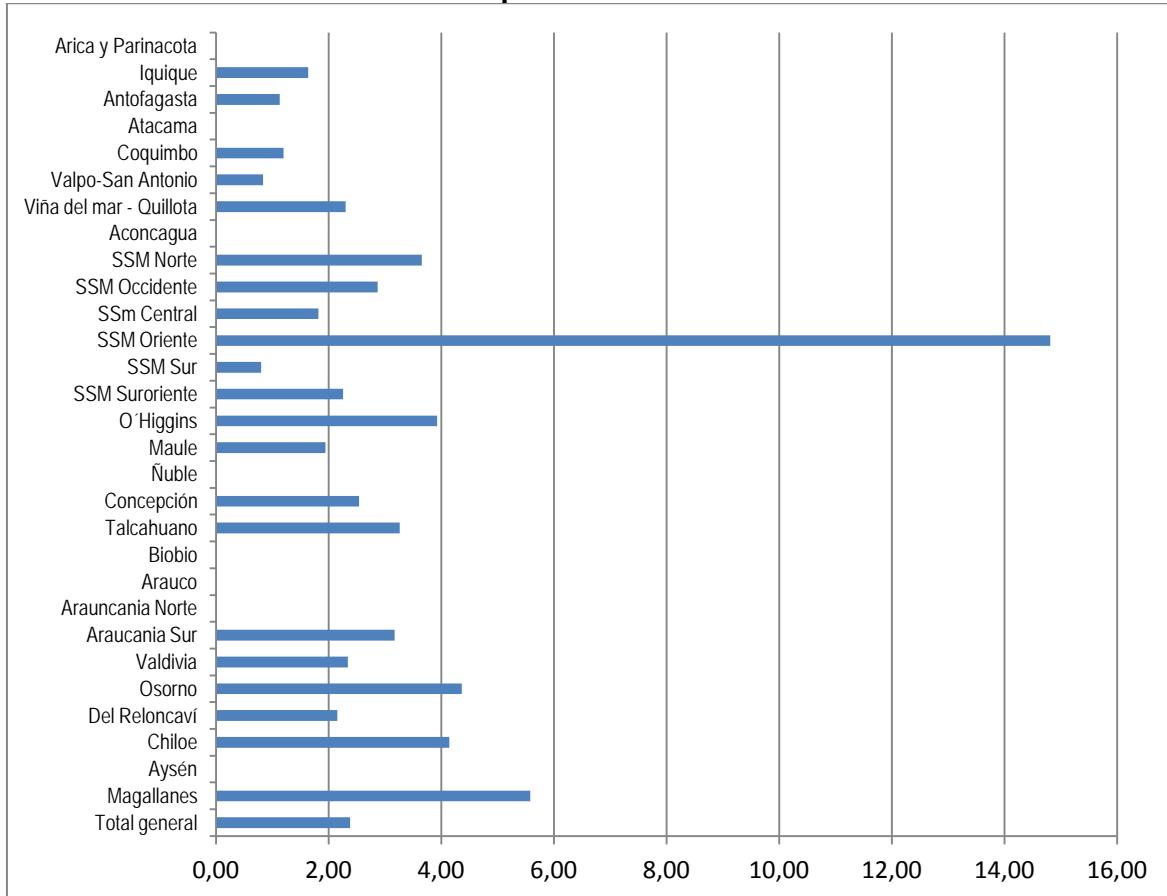
Al analizar específicamente las camas pediátricas, es posible señalar que el país posee **213 camas intermedias pediátricas**, con una tasa de 2,38 por cada 30 mil niños. El estándar, basado en el establecido para las camas intensivas, sería de 6 camas intermedias pediátricas por cada 30.000 menores de 15 años (2 camas de intermedio por 1 cama de intensivo).

Respecto a la relación entre camas UCI y UTI pediátricas del SNSS es de 1:1,25; es decir, hay 1,25 camas de intermedio por cada 1 de intensivo pediátrico.

El Servicio de Salud de mayor tasa es el Metropolitano Oriente con 14,8 camas intermedias pediátricas por cada 30 mil niños. Debe tenerse en consideración que este indicador debe ser analizado en el contexto que este Servicio cuenta con el hospital Luis Calvo Mackenna, que es referencia nacional, lo que pudiera distorsionar el indicador.

Los servicios que no poseen cama de este tipo son Aysén, Araucanía Norte, Ñuble, Bío Bío, Arauco, Aconcagua, Atacama y Arica Parinacota. Esto es un indicio de una distribución de camas que no necesariamente responde a criterios poblacionales.

**Gráfico 3.26.: Tasa de camas UTI pediátricas x 30.000 hbts menores de 15 años**



Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL y FONASA.

### **Camas críticas intermedias neonatales**

La rama de Neonatología de la Sociedad Chilena de Pediatría elaboró una serie de recomendaciones para lograr una efectiva red de neonatología, donde define las dotaciones de camas y recomendaciones para cada unidad según su nivel de complejidad<sup>122</sup>. A saber:

Las Unidades de Nivel 1, corresponden a Unidades de Cuidados Básicos, para hospitales tipo 3 y 4. Carecen de complejidad.

Las de Nivel II, definida como Unidad de Cuidado Intermedio, se ubican en un hospital general, tipo 2 y 3. Deberán ser capaces de estabilizar al recién nacido (RN) y proceder a su traslado.

<sup>122</sup> Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Rev. Chilena de Pediatría 2009; 80 (2): 168 – 187.

Las Unidades de Nivel III, corresponden a las Unidades de Cuidados Intensivos, ubicadas en hospitales tipo 1 y 2, son centros de referencia. La recomendación es que exista un centro de referencia por Región.

Existen dos tipos de Unidades Nivel III:

III A: unidades de alta complejidad deberán contar con un área de cuidados intensivos con 1 cupo por cada 1.000 nacidos vivos en el área de referencia, un área de tratamiento intermedio con 3 a 4 cupos por 1.000 nacidos vivos y un área de cuidados básicos con 1-2 cupos por 1.000 nacidos vivos.

III B: unidades de manejo supraregional y/o nacional. Estas unidades que corresponden a la máxima complejidad, deberían corresponder a un área de referencia mayor a 10.000 nacidos vivos y estar distribuidas estratégicamente por distancia o complejidad hospitalaria.

En síntesis, recomiendan disponer de 3 áreas con los siguientes estándares:

- ✓ Cuidados Intensivos: 1,5 a 2,0 cupos por cada 1.000 nacidos vivos, con un mínimo de 6 cupos.
- ✓ Cuidados Intermedios: 6 cupos por cada 1.000 nacidos vivos.
- ✓ Área de cuidados básicos: 2 a 3 cupos por cada 1.000 nacidos vivos.

### III.6. Estimación de brecha de camas

De acuerdo a información presentada por el DEIS<sup>123</sup> el año 2013, el SNSS tendría un total de **24.856 camas**. Dentro de éstas, el DEIS reporta la existencia de 2.479 camas críticas públicas.

**Tabla 3.13: Distribución de camas por Servicio de Salud**

Servicios de Salud	Número de Camas
Arica	292
Iquique	399
Antofagasta	712
Atacama	452
Coquimbo	935
Valparaíso San Antonio	955
Viña del Mar Quillota	1.232
Aconcagua	768
Metropolitano Norte	1.313
Metropolitano Occidente	1.268
Metropolitano Central	837
Metropolitano Oriente	1.248
Metropolitano Sur	1.645

<sup>123</sup> [www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/04/REM20.ppt](http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/04/REM20.ppt)

Número de **camas disponibles** y pacientes-día; Número de ingresos diarios; Número de ...; Total de camas públicas país información 2013 DEIS

Servicios de Salud	Número de Camas
Metropolitano Sur Oriente	1.442
O'Higgins	1.095
Del Maule	1.507
Ñuble	857
Concepción	1.270
Talcahuano	580
Biobío	767
Arauco	315
Araucanía Norte	551
Araucanía Sur	1.385
Valdivia	966
Osorno	488
Del Reloncaví	695
Chiloé	264
Alsén	241
Magallanes	377
<b>Total</b>	<b>24.856</b>

Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

De la tabla siguiente se desprende que la relación entre camas intensivas de adulto y camas intermedias adulto es de 1: 1,6, no obstante el estándar del MINSAL es de 1:2.

**Tabla 3.14: Distribución de camas UPC del SNSS, 2013**

Tipo de camas SNSS	Total actual de camas UPC (N°)	Distribución actual de camas UPC (%)
Camas UCI	943	38,04%
Coronaria	52	2,10%
Indiferenciado adulto	472	19,04%
Neonatología	240	9,68%
Pediatría	171	6,90%
Quemados	8	0,32%
<b>Camas UTI</b>	<b>1.536</b>	<b>61,96%</b>
Indiferenciado adulto	850	34,29%
Neonatología	449	18,11%
Neurocirugía	20	0,81%
Pediatría	213	8,59%
Quemados	4	0,16%
<b>Total general</b>	<b>2.479</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

La relación entre cuna neonatología intensiva y cuna neonatología intermedio, es de 1: 1,9; siendo el estándar mínimo recomendado por la sociedad chilena de pediatría de 1:3, entre estos dos tipos de cuidados. Sin embargo, las unidades de neonatología deben contar además con cunas de cuidados mínimos para la atención de los pacientes que no son críticos pero que requieren control y seguimiento de alta especialidad. Este tipo de cama no aparece contabilizada en la data del DEIS MINSAL.

La relación entre Cama Intensiva Pediátrica y Cama Intermedia Pediátrica es de **1: 1,25**; que es menor al estándar recomendado.

Llama la atención que las camas de tipo Coronario, aparezcan solamente clasificadas en Cuidados intensivos.

En relación a las Camas de Quemados, la relación aparece inversa, con un mayor número de camas Intensivas que Intermedias. No es posible inferir conclusiones mayores ya que no se conocen datos relativos a su utilización, además pertenecen a un solo establecimiento que es el Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Por su parte, las camas totales no pertenecientes al SNSS corresponden a **12.375**, según información de la Asociación de Clínicas de Chile A.G.<sup>124</sup>.

Mutuales	952
Clínicas Psiquiátricas, Centros Geriatría, Recuperación	1.389
Institucionales (FF.AA., Universidades, Codelco, etc.)	3.375
Otros (CONIN, TELETON, Diálisis, etc.)	367
Clínicas Privadas	6.292
<b>Total No SNSS</b>	<b>12.375</b>

Si se suman todas las camas, se llega a un total país de **37.231 camas**, donde las camas no SNSS, representan un 33,2% del total.

Para comparar la situación nacional dentro del contexto internacional, hemos utilizado algunos indicadores como referencia.

El promedio de la OCDE para el año 2013 es **de 4,8 camas por 1.000 habitantes**<sup>125</sup>, lo que significaría tener **64.566** camas para una población beneficiaria del FONASA (2013) de 13.451.188 beneficiarios<sup>126</sup>. Esto significaría una **brecha de 39.710** camas totales para dicha población<sup>127</sup>.

---

<sup>124</sup> Clínicas de Chile A.G. (2013): "Dimensionamiento del Sector de Salud Privado en Chile: Actualización a Cifras del Año 2012". <http://www.clinicasdechile.cl/dimensionamiento2012.pdf>.

<sup>125</sup> OCDE (2014): "Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014: Chile en comparación", <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014-in-Spanish.pdf>.

<sup>126</sup> Fuente: [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl), revisado el 20151209.

<sup>127</sup> Este cálculo se hace aplicando una regla de tres: [(4,8 camas x 13.451.188 beneficiarios)/1.000] = 64.566 camas. Dado que el DEIS MINSAL informa un total de 24.533 camas, la diferencia entre ambos resultados es 40.033 camas. Esta metodología se aplica también para el cálculo de todas las brechas de camas de acuerdo a los estándares recomendados.

Según la Organización Mundial de la Salud<sup>128</sup>; el promedio mundial para el número de camas hospitalarias sería de **27 camas por 10.000 habitantes** para el período 2006-2012. Si aplicamos este indicador a la población chilena beneficiaria del FONASA, se requerirían 36.318 camas. Por lo tanto, la brecha sería de **11.462** camas para el sector público.

Entonces, para camas totales podríamos tener una **brecha entre 11.462 y 39.710 camas** según el estándar utilizado.

Por otra parte, para las camas críticas el SNSS presenta un total (intensivas e intermedias) de **2.479**, considerando críticas adulto, pediátricas y neonatológicas (DEIS MINSAL 2013). Esto arroja una razón de 1,84 cama crítica por 10.000 habitantes.

El DEIS MINSAL 2013 informa un total de **1.406 camas** críticas de adulto, diferenciadas en **532 intensivos y 874 intermedios**.

Si aplicamos los estándares propuestos por las Sociedades de expertos para Chile, de 18 camas críticas por 100.000 habitantes<sup>129</sup>, aplicado a la población FONASA, tendríamos:

- ✓ Para Camas Críticas de Adultos una **necesidad de 2.421 camas críticas adultos**, de las cuales 807 deberían ser intensivas y 1.614 intermedias.
- ✓ La brecha por tanto sería de **275 camas Intensivo Adulto y 740 camas Intermedio Adulto** para el sector público.

En camas críticas pediátricas, el estándar es de 9 camas críticas por cada 30.000 niños<sup>130</sup>. La población beneficiaria FONASA menor de 15 años para 2013 es 2.688.167 para el 2013. Esto nos arroja una **necesidad de camas críticas pediátricas de 806 camas**.

Según DEIS MINSAL 2013, se informa que el sector público cuenta con **384 camas** pediátricas, **171 camas intensivas y 213 intermedias**. La brecha estimada total país, **será entonces de 422 camas críticas pediátricas que se distribuirían en 141 camas intensivas y 281 camas intermedias**.

En Neonatología, el estándar es de 8 cupos por cada 1.000 nacidos vivos<sup>131</sup>. La necesidad de cupos a nivel nacional en el 2013, dada la tasa de natalidad y el número de nacidos

---

<sup>128</sup> Organización Mundial de la Salud (2014): "Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014", [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2014/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/).

<sup>129</sup> Las 18 camas críticas corresponden a la recomendación de la Sociedad de Medicina Intensiva de Chile de 6 camas intensivas por 100.000 habitantes más la recomendación ministerial de 2 camas intermedias por 1 cama intensiva. El cálculo de brechas se realiza aplicando una regla de tres: [(18 camas x 13.451.188 beneficiarios)/100.000] = 2.421 camas críticas públicas adulto. Dado que el DEIS MINSAL informa un total de 1.358 camas críticas de adulto, la diferencia entre ambos resultados es 1.063 camas. Dado que la razón entre ambas es 1:2; resulta que las 2.421 camas corresponden a 807 camas intensivas y 1.614 intermedias. A esta cifra se le descuenta el número actual de camas de esos tipos y arroja la brecha (807 - 472 = 332 intensivas y 1.614 - 850=770 intermedias). Esta metodología se aplicó para todos los cálculos de brechas.

<sup>130</sup> Las 9 camas críticas corresponden a la recomendación de la Sociedad Chilena de Pediatría de 3 camas intensivas por 30.000 niños más la recomendación ministerial de 2 camas intermedias por 1 cama intensiva.

<sup>131</sup> Los 8 cupos de Neonatología corresponden a la recomendación realizada por la Rama de Neonatología de la Soc. Chilena de Pediatría de 2 cupos de Intensivo y 6 cupos de Intermedio por 1.000 nacidos vivos. No se incorporaron los cupos de Cuidados Básicos.

vivos<sup>132</sup>, sería de **1.608 cupos totales neonatológicos**, distribuidos según la norma de expertos en 402 intensivos y 1.206 intermedios (sin cupos básicos).

Según el DEIS para el año 2013, existen **689** cupos críticos de Neonatología, distribuidos en **240 Intensivos y 449 Intermedios**. Por lo tanto, la brecha sería **de 919 cupos totales, distribuidos en 162 intensivos y 757 intermedios**.

Es importante señalar que, en todos los países del mundo existe variación en la relación de camas críticas, intensivas e intermedias, respecto de la población. Por ejemplo, en el estudio de Rhodes y otros<sup>133</sup> se encuentra que el promedio de camas críticas en Europa es de 11,5 camas por 100.000 habitantes (camas de adulto). El indicador europeo de 11,5 camas por 100.000 habitantes, aplicado a la población asegurada por el FONASA del año 2013<sup>134</sup>, (13.451.188 beneficiarios) significaría la necesidad de disponer **de 1.547 camas críticas de adulto**, lo que dejaría una brecha para el sector público **de 141 camas** críticas para adultos, sin considerar la necesidad de las pediátricas ni neonatológicas.

La necesidad de cama crítica neonatológica, está determinada por la Tasa de Natalidad de cada país y la edad de embarazo de la población femenina, que en los países desarrollados es tardía, lo que determina mayor número de embarazos de alto riesgo y la tasa de incidentes durante el parto (necesidad de monitorización habitual). Este tipo de cama es altamente demandante de elevado grado de desarrollo tecnológico y especialización del personal a cargo.

Cualquier implementación de mejoría o aumento de camas críticas debiera considerar no solamente el aumento en su número sino también en optimizar la relación entre ellas, ya que uno de los problemas existentes es el de drenaje desde las camas de mayor complejidad hacia las de nivel intermedio y desde éstas a las indiferenciadas médica quirúrgicas.

### **III.7. Sensibilización de recursos para unidades críticas**

#### **Unidades Hospitalarias de apoyo Equipamiento Básico**

Para contar con UCI un hospital debe tener los siguientes servicios de apoyo disponibles: servicio de imagenología completo, incluyendo Tomografía Axial Computarizada (TAC) y Resonancia Nuclear Magnética (RNM), Banco de Sangre o Unidad de Medicina Transfusional completa, Laboratorio Clínico 24 horas, Pabellón Quirúrgico disponible en forma permanente, todas estas unidades con sus respectivos equipos técnicos presentes: médicos, enfermeras, tecnólogos médicos y TENS.

Además de equipamiento propio de apoyo al paciente: Monitorización permanente invasiva y no invasiva para hemodinamia, intracraneal, capilar pulmonar; apoyo de ventilación mecánica de presión y de volumen (muy utilizada en Neonatología), diálisis que puede ser

<sup>132</sup> Fuente: INE 2013. Tasa de Natalidad: 13,39 por mil Nac. Vivos (242.005 nacidos vivos). A dicho número se le restan los egresos hospitalarios del Capítulo 15 CIE 10 informados por Superintendencia de Salud: 40.988.

<sup>133</sup> The Variability of critical care beds numbers in Europe. Intensive CARE Med (2012) 38:1647 – 1653. DOI 10.1007/S00134-012-2627- 8 Rhodes, Ferdinand, Flaatten, Guidet, Metnitz, Moreno.

<sup>134</sup> Fuente: [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl), revisado el 20151209.

peritoneal o hemodiálisis, electroencefalografía y todos los equipos para resucitación cardiopulmonar (RCP).

### **Estimación de Recursos Humanos Básicos**

La tabla siguiente presenta los requerimientos de recursos de una UPC.

**Tabla 3.15: Requerimientos de recursos humanos en la UPC**

Unidad	Recursos humanos	Jornada de trabajo
Intensivo adulto	1 médico cada 6 camas residente	Debe cubrir turnos de 24 horas por 7 días.
	1 médico 22 horas	Jornada parcial
	1 enfermera cada 3 camas	Debe cubrir turnos de 24 horas por 7 días.
	1 TENS cada 2 camas	
	1 Auxiliar de Servicio cada 6 camas	
Intermedio adulto	1 médico cada 12 camas	Debe cubrir turnos de 24 horas por 7 días.
	1 enfermera cada 6 camas	Debe cubrir turnos de 24 horas por 7 días.
	1 TENS cada 4 camas	
	1 Auxiliar de Servicio	
Intensivo pediátrico	1 médico pediatra cada 3 camas	Debe cubrir turnos de 24 horas por 7 días.
	1 médico pediatra 22 horas	Jornada parcial
	1 enfermera cada 3 cunas	Debe cubrir turnos de 24 horas por 7 días.
	1 TENS cada 4 cunas	
	1 Auxiliar de Servicio	
Intermedio pediátrico	1 médico pediatra cada 6 camas	Debe cubrir turnos de 24 horas por 7 días.
	1 enfermera cada 6 cunas	Debe cubrir turnos de 24 horas por 7 días.
	1 TENS cada 3 cunas	
	1 Auxiliar de Servicio	
Intensivo neonatológico IIIA (nivel de hospital base)	1 médico cada 3 incubadoras	Debe cubrir turnos de 24 horas por 7 días.
	1 matrona o enfermera cada 3 incubadoras	Debe cubrir turnos de 24 horas por 7 días.
	1 TENS cada 3 incubadoras	
	1 Auxiliar de Servicio	
Intermedio neonatológico	1 médico cada 6 incubadoras	Debe cubrir turnos de 24 horas por 7 días.
	1 matrona o enfermera cada 6 incubadoras	Debe cubrir turnos de 24 horas por 7 días.
	1 TENS cada 3 incubadoras	
	1 Auxiliar de Servicio	

Fuentes: elaboración propia en base a:

Guías de Organización y Funcionamiento de Unidades de Pacientes Críticos. Rev. Chilena de Medicina Intensiva. 2004; Vol. 19 (4): 209-223.

Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Rev. Chilena de Pediatría – Marzo – Abril 2009

Las unidades además requieren de equipamiento de alto costo, con tecnología avanzada, que considera desde monitorización invasiva para adultos, niños y recién nacidos de 500 gramos y menos, ventilación mecánica de diversos tipos, incubadoras que permitan hacer procedimientos y una serie de mecanismos de soporte vital.

De acuerdo al reporte de la Comisión Nacional de Medicina Intensiva<sup>135</sup> parte importante del déficit sería producto de la insuficiente cantidad de médicos formados para la subespecialidad de medicina intensiva<sup>136</sup>, que se analizó a partir de la data de dotaciones y estadísticas hospitalarias de DEIS para el período 2010 al 2013.

A continuación se presentan una simulación respecto a la potencial brecha de recursos humanos para las unidades de pacientes críticos según estándares de la Tabla 3.17.

**Tabla 3.16: Simulación sobre estimación de profesionales de camas UPC según brecha total país<sup>137</sup>**

Camas UCI ADULTOS	275	
Dotación según estándares	Nº de profesionales	Tipo de Jornada
1 Médico cada 6 camas	46	Jornadas de 24 horas
1 Médico refuerzo 22 horas	23	Medias Jornadas
1 Enfermera cada 3 camas	92	Jornadas de 24 horas
1 TENS cada 2 camas	134	Jornadas de 24 horas
1 Auxiliar de Servicio cada 6 camas	46	Jornadas de 24 horas
Camas UTI ADULTOS	740	
Dotación según estándares	Nº de profesionales	Tipo de Jornada
1 Médico cada 12 camas	62	Jornadas de 24 horas
1 Enfermera cada 6 camas	123	Jornadas de 24 horas
1 TENS cada 4 camas	185	Jornadas de 24 horas
1 Auxiliar de Servicio cada 12 camas	62	Jornadas de 24 horas
Camas UCI PEDIATRICA	141	
Dotación según estándares	Nº de profesionales	Tipo de Jornada
1 Médico pediatra cada 3 cunas	47	Jornadas de 24 horas
1 Médico pediatra de 22 horas	24	Medias Jornadas
1 Enfermera cada 3 cunas	47	Jornadas de 24 horas
1 TENS cada 4 cunas	35	Jornadas de 24 horas
1 Auxiliar de Servicio cada 3 a 6 cunas	24	Jornadas de 24 horas

<sup>135</sup> Gálvez S, González H, Labarca E. (2013): "Medicina intensiva en Chile: desafíos para su desarrollo". Documento de la Comisión Nacional de Medicina Intensiva del Ministerio de Salud. Rev. Med. Chile 2013; 141: 90-94.

<sup>136</sup> Gálvez S, González H, Labarca E. (2013): "Medicina intensiva en Chile: desafíos para su desarrollo". Documento de la Comisión Nacional de Medicina Intensiva del Ministerio de Salud. Rev. Med. Chile 2013; 141: 90-94.

<sup>137</sup> Este cálculo se realiza dividiendo el número de camas por el número de profesionales por cama, para obtener el número de jornadas a realizar (ejemplo: 293 camas/6 camas= 49 jornadas de 24 horas de médicos que debären trabajar en 6 camas).

<b>Camas UCI ADULTOS</b>	<b>275</b>	
<b>Dotación según estándares</b>	<b>Nº de profesionales</b>	<b>Tipo de Jornada</b>
1 Médico cada 6 camas	46	Jornadas de 24 horas
1 Médico refuerzo 22 horas	23	Medias Jornadas
1 Enfermera cada 3 camas	92	Jornadas de 24 horas
1 TENS cada 2 camas	134	Jornadas de 24 horas
1 Auxiliar de Servicio cada 6 camas	46	Jornadas de 24 horas
<b>Camas UTI ADULTOS</b>	<b>740</b>	
<b>Dotación según estándares</b>	<b>Nº de profesionales</b>	<b>Tipo de Jornada</b>
1 Médico cada 12 camas	62	Jornadas de 24 horas
1 Enfermera cada 6 camas	123	Jornadas de 24 horas
1 TENS cada 4 camas	185	Jornadas de 24 horas
1 Auxiliar de Servicio cada 12 camas	62	Jornadas de 24 horas
<b>Camas UTI PEDIATRICA</b>	<b>281</b>	
<b>Dotación según estándares</b>	<b>Nº de profesionales</b>	<b>Tipo de Jornada</b>
1 Médico cada 12 cunas	23	Jornadas de 24 horas
1 Enfermera cada 6 cunas	47	Jornadas de 24 horas
1 TENS cada 4 cunas	70	Jornadas de 24 horas
1 Auxiliar de Servicio cada 12 cunas	23	Jornadas de 24 horas
<b>Camas UCI NEONATOLOGICA III A</b>	<b>115</b>	
<b>Dotación según estándares</b>	<b>Nº de profesionales</b>	<b>Tipo de Jornada</b>
1 Médico pediatra neonatólogo cada 3 incubadoras	38	Jornadas de 24 horas
1 Enfermera o Matrona especializada cada 3 cupos	38	Jornadas de 24 horas
1 TENS cada 4 cupos	29	Jornadas de 24 horas
1 Auxiliar de Servicio cada 3 a 6 cupos	29	Jornadas de 24 horas
<b>Camas UTI NEONATOLOGICA</b>	<b>804</b>	
<b>Dotación según estándares</b>	<b>Nº de profesionales</b>	<b>Tipo de Jornada</b>
1 Médico cada 12 cunas	67	Jornadas de 24 horas
1 Enfermera cada 6 cunas	134	Jornadas de 24 horas
1 TENS cada 4 cunas	201	Jornadas de 24 horas
1 Auxiliar de Servicio cada 12 cunas	67	Jornadas de 24 horas

Fuente: elaboración propia.

Basado en: Guías de Organización y Funcionamiento de Unidades de Pacientes Críticos. Rev. Chilena de Medicina Intensiva. 2004; Vol. 19 (4): 209-223.

Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Rev. Chilena de Pediatría – Marzo – Abril 2009

Como es posible observar, la necesidad de recurso humano especializado es bastante significativa y requiere de mayor tiempo para su solución ya que debe estar vinculado a políticas de formación de especialistas conjuntamente con la implementación de los recursos de infraestructura y equipamiento.

### **III.8. Principales conclusiones del capítulo**

Las principales conclusiones del capítulo son las siguientes:

1. La demanda sobre las UEH en el caso de la atención de urgencia del adulto es permanente y se mantiene constante en el tiempo, sin grandes cambios de estacionalidad. No ocurre así en la atención infantil que presenta una estacionalidad más definida.
2. Esta demanda excede la capacidad de "drenaje" de las UEH hacia los servicios de hospitalización, lo que se observa durante las horas de la mañana, lo que coincide con la imperante necesidad de desocupar camas de los servicios internos del hospital para dar cabida a los pacientes que están en espera de cama de hospitalización.
3. Siendo el estándar nacional de tiempo de hospitalización menor de 12 horas; es posible observar que un porcentaje no menor de pacientes, entre un 50% en algunas regiones y un 25% en la RM, esperan más de 12 horas para hospitalizarse. Estas cifras se refieren fundamentalmente a pacientes C3 ya que los pacientes C1 y C2 se hospitalizan a través de UGCC, por la necesidad de cama crítica, ya sea en el interior de sistema o en el extrasistema.
4. La mayor complejidad hospitalaria se concentra en la RM y va disminuyendo hacia los extremos del país. Coincide con la complejidad de las UEH, por tanto con la capacidad resolutiva de éstas. Esto provoca falta de complementariedad entre los establecimientos ya que se carece de recursos intermedios que permitan resolver emergencias de mediana gravedad y graves en lugares distantes del hospital complejo.
5. Existe déficit de camas hospitalarias en general, tanto indiferenciadas como críticas.
6. El déficit de camas indiferenciadas provoca las "colas de espera de hospitalización" en las UEH.
7. El déficit de camas críticas afecta al grupo etáreo del adulto, siendo más acentuado en el grupo pediátrico y neonatológico.
8. Si bien a lo largo del país se observa que, salvo excepciones, la capacidad de camas adulto (medida en días cama) ha crecido en promedio en un 23% para intermedio y un 35% para intensivo, lo que constituye una mejora en términos de capacidad resolutiva de alta complejidad, permanecen déficit importantes tanto en la distribución como en la homogeneidad de las unidades.
9. La necesidad de crecimiento de camas debe ir coordinado con la relación entre ellas, ya que invertir en capacidad instalada de camas intensivas sin contemplar la capacidad de trasladar a intermedio, significa sobreinversión y bajo rendimiento de recursos de alto costo.
10. Finalmente, con todos los antecedentes analizados, hemos podido constatar que la necesidad de camas tan significativa que ha resultado de este estudio responde también a una situación epidemiológica un tanto más severa de lo que el análisis más superficial de las cifras que representan el estado de salud de la población nacional, ya que si bien las tasas de mortalidad y la expectativa de vida han mejorado, el sistema de salud en su conjunto se enfrenta a una población, especialmente adulta, con bastante daño crónico o con patologías que se han prolongado mucho para su resolución, lo que produce enfrentamiento a casos de mayor gravedad y con daños secundarios. Todo esto hace que la resolución de cada paciente sea más demandante en recursos de especialidad y por cierto con mucho mayor costo para el sistema.

Lo presentado en este capítulo muestra una visión de alto nivel (estratégico) de la demanda que enfrenta la RdU a distintos niveles. En particular se presentó en un marco temporal mensual/anual con el objeto de mostrar:

- ✓ Heterogeneidad de la demanda que enfrenta la red en su conjunto al comparar servicios, niveles de complejidad y componentes
- ✓ Heterogeneidad del registro, con variaciones importantes en la calidad del mismo durante el período de análisis que dificultan la capacidad de comparar adecuadamente los períodos relevantes
- ✓ Heterogeneidad en las mejoras en capacidad instalada, en particular en lo referido a ajustes de capacidad de camas de diversa complejidad.

Como se plantea al principio del capítulo, la demanda por atenciones de urgencia cuenta con un componente dinámico muy relevante, con fluctuaciones de demanda dentro del día donde el máximo triplica, o más, al mínimo<sup>138,139</sup> generando tensiones y desequilibrios en el sistema profundamente relevantes para un análisis de brechas. Estas implicancias y su análisis se presentan en el Capítulo IV.

---

<sup>138</sup> Green L, Soares J. Using Queueing Theory to Increase the Effectiveness of Emergency Department Provider Staffing. Academic Emergency Medicine 2006; 13: 61-68.

<sup>139</sup> McCarthy M, Zeger S. The Challenge of Predicting Demand for Emergency Department Services. Academic Emergency Medicine 2008; 15: 337-346.

## IV. BRECHAS DE OPERACIÓN Y ATENCIÓN

El análisis de la demanda a nivel horario se realizó a partir de una revisión del registro DAU 2014. Los años previos fueron descartados para este análisis por incluir un nivel de registros incompletos y/o errores no compatibles con una revisión de detalle.

El análisis de la demanda a nivel horario se realizó a partir de una revisión del registro DAU 2014. Los años previos fueron descartados para este análisis por incluir un nivel de registros incompletos y/o errores no compatibles con una revisión de detalle.

La validación del registro DAU 2014 consistió en la aplicación de los siguientes filtros a lo entregado al equipo consultor. Sólo se consideraron registros que cumplieran las siguientes normas:

- ✓ Poseer ID-DAU, que corresponde a una identificación única de cada registro.
- ✓ Hora de atención debe ser previa a la hora de alta.
- ✓ Hora de atención debe ser posterior a la hora de registro.
- ✓ El intervalo entre la admisión y la atención debe ser menor de 24 horas.
- ✓ Hipótesis diagnóstica codificada adecuadamente.

Las limitantes relevantes para el análisis resultan de que actualmente en el DAU no se documenta el abandono del paciente (entendido como pacientes que se registran y luego no son atendidos por el profesional) y de que, en lo referido a la categorización de gravedad, la base considera la categorización final al alta para cada paciente y no la realizada al ingreso. Esto genera un potencial sesgo en la medida que el sentido mismo de dicha categorización es priorizar a pacientes al ingreso y se espera que su categoría mejore durante la atención del episodio. La falta de registro de atención de ingreso para comparar con aquella final imposibilita validar o rechazar esta hipótesis.

Una limitación particularmente grave es que, al no contar con un seguimiento único de cada paciente en sus interacciones con el sistema, no es posible conocer qué pacientes consultan en más de un centro para la resolución de su cuadro. La gravedad de esta limitación resulta de la imposibilidad de estimar la resolutividad de cada centro y las dinámicas de demanda que se generan entre los mismos para cada servicio.

Tal como se plantea en el capítulo previo, la demanda debe ser vista en consideración de su fuerte fluctuación dentro de cada ciclo de atención (entendido el ciclo desde la perspectiva de la gestión de operaciones, como el período de demanda básico que se repite periódicamente en el tiempo)<sup>140</sup>. Para esto, se seleccionó el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) por la calidad de su registro en la medida que sobre el 80% de sus datos cumplen los criterios antes presentados y sus curvas de demanda son similares a lo descrito por la literatura internacional para servicios de UEH<sup>141</sup>.

---

<sup>140</sup> Bhat, U. Narayan. 2008. An introduction to queueing theory modeling and analysis in applications. Boston, Mass: Birkhäuser. <http://rave.ohiolink.edu/ebooks/ebc/9780817647254>.

<sup>141</sup> McCarthy M, Zeger S. The Challenge of Predicting Demand for Emergency Department Services. Academic Emergency Medicine 2008; 15: 337-346.

Es importante recordar que la atención de urgencia resulta de la confluencia de diversos servicios que deben complementarse adecuadamente en tiempo y cantidad para dar solución a cada caso. Por ejemplo, en una atención debe concurrir oportunamente la participación de procesamiento de exámenes de laboratorio e imágenes, eventualmente la participación de un interconsultor y otros actores en lo que puede dar curso a ciclos iterativos (por ejemplo, pedir más exámenes a partir de los resultados de los primeros) que aumentan aún más la complejidad propia del sistema producto de la alta fluctuación de la demanda.

La adecuación del mix productivo a la demanda local no puede ser aproximada mediante promedios si lo que se busca es identificar cuellos de botella y soluciones que mejoren la eficiencia global del sistema (lo que sólo se puede lograr óptimamente a partir de mejoras locales). La identificación de dichos "cuellos de botella" donde una intervención tendrá alto impacto corresponde a un estudio detallado para cada uno de los componentes donde se desee intervenir y requiere, entre otros elementos, de:

- ✓ Medición de probabilidad de que un paciente definido (en función de su hora de ingreso y categoría) requiera un mix de recursos definidos.
- ✓ Medición de los tiempos en que cada paso del sistema resuelve su carga de trabajo (es decir, tasa de servicio, según hora, para laboratorio, rayos, boxes de urgencia, ambulancias, etc.).
- ✓ Probabilidad de que un paciente ingrese o se traslade.
- ✓ Tiempos asociados a ingresos y traslados.

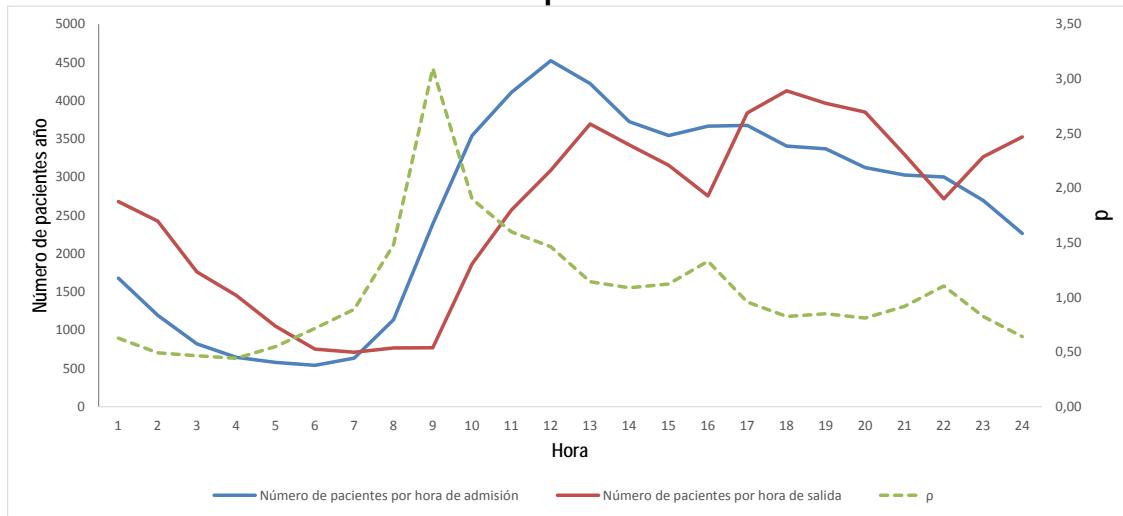
Estos elementos han de ser medidos en intervalos largos de tiempo para dar cuenta de la estacionalidad que se presenta en el sistema y modelados mediante análisis de procesos y simulaciones complejas. Sin embargo, la data existente permite aproximarse mediante un análisis de "caja negra" donde se logra una cuantificación operativa y de alto nivel del proceso completo y su capacidad de resolución al comparar datos de alto nivel referidos a las tasas de llegada y atención durante el día.

Para este análisis, se presenta la curva de demanda para la UEH seleccionada. Como se puede apreciar en el gráfico siguiente, la demanda registrada sigue bastante bien aquella descrita en la literatura especializada<sup>142</sup>.

---

<sup>142</sup> McCarthy M, Zeger S. The Challenge of Predicting Demand for Emergency Department Services. Academic Emergency Medicine 2008; 15: 337-346.

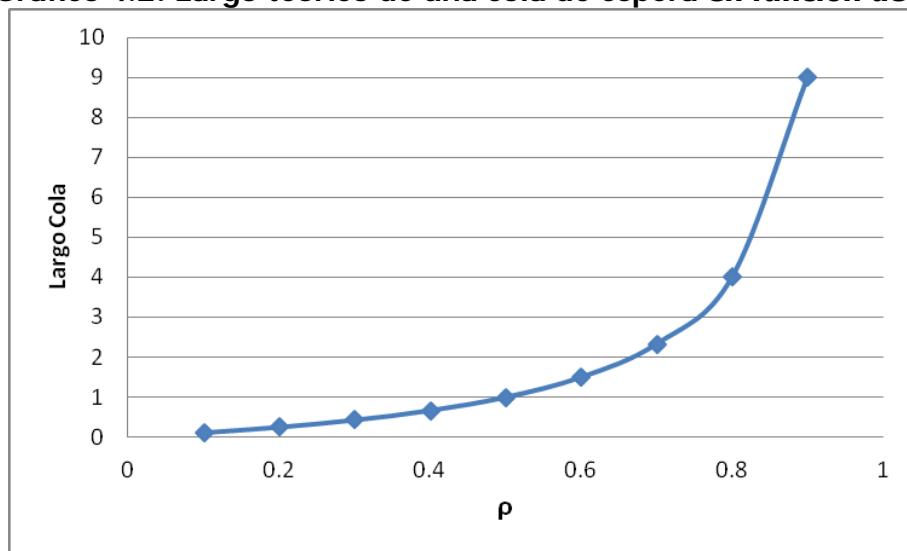
**Gráfico 4.1: Parámetros de operación de la UEH SSMSO 2014**



Fuente: elaboración propia a partir de DAU 2014.

En el Gráfico 4.1 se muestra el total de atenciones en días hábiles para el componente señalado. En el eje secundario se muestra el valor de  $p$  y en el primario el número de pacientes. Como se señaló en el capítulo 3, la fluctuación de demanda horaria está entre 500 y 4.500 pacientes por hora (una variación de 9 veces) que, al compararse con la tasa de atención de dichos pacientes (línea roja del gráfico) genera las fluctuaciones en  $p$  que dan cuenta de la saturación del sistema (de acuerdo a la teoría de colas<sup>143</sup> y gestión de operaciones un  $p$  cercano a 1 predice una cola infinita, como se ve en el Gráfico 4.2). En el sistema estudiado,  $p$  llega a valores cercanos a 3 en el céñit, lo que se interpreta como que llegan 3 pacientes por cada uno que se logra atender en ese intervalo.

**Gráfico 4.2: Largo teórico de una cola de espera en función de  $p$**



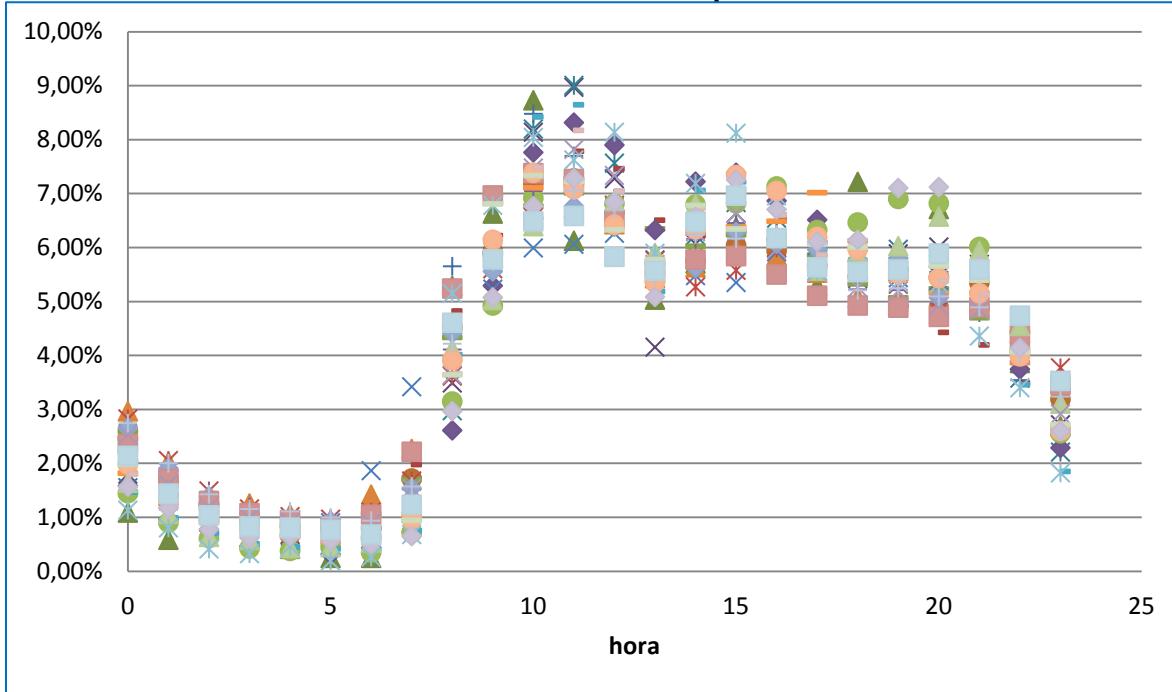
Fuente: elaboración propia.

<sup>143</sup> Bhat, U. Narayan. 2008. An introduction to queueing theory modeling and analysis in applications. Boston, Mass: Birkhäuser. <http://rave.ohiolink.edu/ebooks/ebc/9780817647254>.

Como se muestra en el Anexo 3, la cantidad de pacientes que acude a las UEH del país en distintos horarios varía entre los distintos servicios. Sin embargo, lo relevante no es tanto la relación entre los servicios, pues se trata de unidades de atención independientes, sino la forma en que se distribuye dentro del día la demanda de los mismos.

Esto se presenta en el gráfico siguiente donde la curva característica es evidente y se observa que el comportamiento de la demanda de atención UEH es similar en toda la Red.

**Gráfico 4.2.: Proporción de la demanda diaria por hora de admisión para todos los servicios con UEH del país 2014**

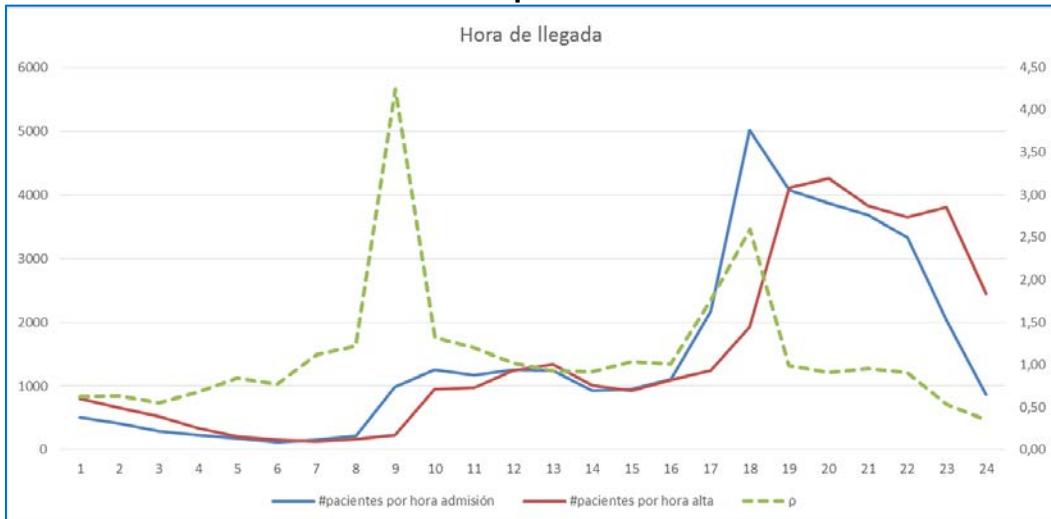


Fuente: elaboración propia a partir de DAU 2014.

Comparando la forma en que  $\rho$  se comporta para los distintos servicios del país, se obtiene lo presentado en la Tabla A3.3.2 (Anexo 3.3), donde se destaca en rojo a aquellos intervalos horarios en que este parámetro ( $\rho$ ) excede el valor crítico de 1. Los intervalos que exceden el valor crítico de 1 ocurren, para todos los Servicios, en las primeras horas de la mañana y luego se comportan de manera particular para cada Servicio, producto de las particularidades de la demanda que cada uno enfrenta y la capacidad de atención de los mismos.

Un análisis similar (ver gráfico siguiente), muestra un desacople igualmente relevante a nivel de atención de SAPU para el mismo servicio. La continua cercanía de  $\rho$  al valor de 1 es muestra de un sistema inestable e incapaz de resolver adecuadamente la demanda que enfrenta.

**Gráfico 4.3: Parámetros de Operación de SAPU SSMSO 2014**



Fuente: Elaboración propia a partir de DAU 2014

En términos de análisis de brechas, esta aproximación indica que (considerando un nivel propuesto objetivo de  $p=0.5$ ), es necesario duplicar la capacidad de atención a toda hora, salvo de 00:00 a 7:00 am, además sería adecuado reforzar la capacidad de atención en el intervalo entre las 8.00 am y las 12:00 por tratarse del horario peak de demanda). Este incremento en capacidad de atención no se refiere necesariamente al recurso humano, sino que a la combinación de recursos locales que permita llegar a dichos niveles de atención.

De igual manera, para el SAPU utilizado como ejemplo, un incremento en 100-150% en su capacidad de atención es capaz de llevar a  $p$  a un nivel de 0.5 durante la mayor parte del día y reduce a menos de la mitad el  $p$  máximo. Nuevamente, la vía para alcanzar dicha mejora dependerá de la realidad de cada centro.

Otra forma de ver la data resulta de tabular el número de pacientes que espera un tiempo dado para la atención a partir de su hora de llegada. Como se ve en la tabla siguiente, la mayor cantidad de pacientes esperando ocurre para aquellos que llegan entre las 8.00 y las 23.00 horas. Esto es consistente con lo mostrado en el Gráfico 4.1 donde se ve que desde esta hora en adelante  $p$  se encuentra en rangos menores a 1.

**Tabla 4.1: Tiempo de espera según hora de llegada (SSMSO 2014)**

Hora de llegada	Tiempo de Espera (horas)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
0	45%	40%	10%	4%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
1	50%	38%	8%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2	55%	32%	9%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3	52%	36%	7%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4	50%	35%	9%	3%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5	49%	34%	12%	3%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
6	42%	40%	9%	5%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
7	41%	32%	17%	6%	2%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	0%
8	35%	42%	14%	5%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
9	39%	40%	14%	5%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10	37%	42%	13%	5%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
11	38%	39%	13%	4%	2%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
12	39%	38%	12%	5%	3%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
13	39%	34%	12%	7%	4%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
14	31%	32%	21%	9%	3%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%
15	31%	36%	19%	8%	3%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%
16	34%	39%	16%	6%	2%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
17	35%	41%	15%	4%	2%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
18	34%	45%	11%	4%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
19	38%	42%	10%	6%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
20	36%	34%	19%	7%	3%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
21	33%	41%	19%	5%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
22	42%	39%	13%	4%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
23	42%	38%	13%	3%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total	37.6%	38.6%	14.1%	5.3%	2.3%	1.1%	0.5%	0.3%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%

Fuente: elaboración propia a partir de DAU 2014.

En particular, se observa brechas en lo referido a la **operación** de la red en la medida que existe una importante escasez de data básica que permite una gestión eficiente y balanceada de los recursos de la misma. Esto es evidente al analizar el DAU del período en estudio y la necesidad de aplicar una serie de filtros para contar con data válida, que reducen el número de datos a analizar entre un 20% y un 32% según el servicio revisado (datos nulos por no cumplir los criterios mínimos). El notorio foco en el registro de los eventos atendidos en niveles de alta complejidad contrasta muy notoriamente con la insuficiente data de los servicios primarios, cuyo nivel de detalle, completitud, homogeneidad en el tiempo limitan fuertemente su uso. Si bien hay avances importantes en la cantidad de data registrada, se observa que en no pocas ocasiones (quizá producto de la presión asistencial), el registro es incompleto y heterogéneo, utilizándose texto libre en campos clave que debiesen ser estructurados (como diagnóstico, por ejemplo).

En lo referido a la **atención y cobertura**, el número de atenciones prestadas a la población dependiente de FONASA, se observa un crecimiento del 14% en el número de atenciones SAPU por mil habitantes en el período en estudio (ver tabla siguiente). Este incremento del número de atenciones traduce, una mayor presión asistencial a este nivel que demandará al corto plazo de medidas dirigidas y bien diseñadas de aumento de eficiencia.

La selección e implementación de dichas medidas será dificultada por la ya señalada falta de data de detalle para este nivel de atención.

**Tabla 4.2.: Número de atenciones SAPU por 1.000 BF**

Región	2009	2010	2011	2012	2013
I	715,1	761,3	838,6	881,1	992,8
II	390,9	429,4	423	483,1	498,3
III	519	517,9	431,1	412,7	418,1
IV	391,2	398,1	400,7	484,9	513,4
V	465,2	462,5	451,1	498	531,2
VI	183,3	211,8	210	230,2	228,4
VII	599,6	637	618,2	737,8	725,3
VIII	623,1	624,7	636,8	699,3	698,4
IX	364,3	472,8	476	521,3	489,1
X	532,7	608	513,2	569,7	584
XI	-	-	-	-	-
XII	422,2	439,5	491,4	493,7	567,7
RM	872,6	918,4	916,6	950,7	967,3
XIV	653,8	815,8	679,5	697,9	615,2
XV	305,9	292,8	187,8	189,8	182,1
Total	7.038,9	7.590,0	7.274,0	7.850,2	8.011,3

Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL y FONASA.

Este incremento, como se ha presentado en el capítulo III, contrasta con una disminución de atenciones a nivel de la UEH (ver tabla siguiente) de un 7% para el período, sugiriendo que podría estar en curso un cambio de perfil de demanda que, de no ser atendido adecuadamente, aumentará la brecha creciente en atención primaria.

**Tabla 4.3.: Número de atenciones UEH por 1.000 BF**

Región	2009	2010	2011	2012	2013
I	572,7	535,4	511,7	490,4	520,4
II	875,7	959,6	891,1	752,4	681,3
III	751,4	754,8	707,4	695	701,7
IV	605,9	658,5	614,1	642,7	591,9
V	828,1	777,3	739,1	726	708,4
VI	500,5	488,6	493,2	505,2	513,3
VII	587,5	531	504,7	493,9	485,6
VIII	680,5	670,2	637	636,1	623,7
IX	665,7	564,5	660,4	736,4	761,4
X	661,7	666,7	596,3	622,8	579,6
XI	1.353,3	1.529,9	1.353,4	1.210,7	1.151,1
XII	1.153,0	1.367,4	1.233,1	1.160,4	1.229,4
RM	552,9	539,1	507,7	495,7	470,8

Región	2009	2010	2011	2012	2013
XIV	379	347,8	337,7	360,4	358,3
XV	727,3	683,4	704,8	798,1	758,1
Total	8.388,9	8.176,9	7.905,2	7.955,1	7.754,5

Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL y FONASA.

Como se señala en el informe de la Comisión de Urgencias del Colegio Médico<sup>144</sup>, el modelo actual debiera ser revisado y ajustado a un nuevo perfil de demanda capaz de adaptarse a la fluctuación (importante) de la demanda dentro de cada día y la estacionalidad intra-anual. Esta estacionalidad amplifica brechas de atención en la medida que la infraestructura física es, por definición, poco flexible y mueve a la operación de los servicios a puntos donde la presión asistencial agrava la falta de calidad de los registros y genera insatisfacción a nivel de los usuarios de los diversos niveles de complejidad de la Red.

Dada la escasez de profesionales especializados en urgencia<sup>145</sup> (y de UPC, que es parte clave de la capacidad de resolución de la Red), el foco en la eficiencia y la información de gestión es clave.

Otra consideración importante resulta de la gran cantidad de atenciones de bajo riesgo vital que enfrentan componentes de alta complejidad. Si bien es necesario un estudio dirigido para ver si esto es causa o efecto de la saturación global del sistema (en particular en la APS), la educación de la población en el mejor uso de los recursos juega un rol importante en poder entregar un servicio adecuado donde la demanda por servicios sea acorde a la complejidad de los mismos.

La relación entre la oferta y su capacidad de cubrir la demanda genera la distinción entre una red oferente y una demandada<sup>146</sup>, esta diferencia se refiere a si el conductor del número de atenciones es la demanda de los pacientes (en el primer caso) o la oferta disponible. En este escenario, se generan brechas de atención que implican que parte de la demanda no es atendida de acuerdo a los estándares asumidos o que parte de la misma simplemente no es atendida. De estas consecuencias, se registra en forma estructurada sólo la primera, y de manera indirecta en relación al tiempo de hospitalización para pacientes con indicación para ello, con intervalos definidos y cumplimiento de los mismos. Esta medición es indirecta y muy relacionada con la capacidad hospitalaria pero, sin duda, un buen proxy para la relación oferta demanda de la red.

La medición de los tiempos de espera en función de la categoría se ha realizado para centros de alta complejidad<sup>147</sup>, dejándose de lado aquellos de baja por la calidad de la data disponible para éstos. En estas mediciones, pese a observarse grados variables de cumplimiento de la normativa, se ve que aquellos casos de riesgo vital (C1 y C2,

<sup>144</sup> Informe de la Comisión de Urgencias, Consejo General, Colegio Médico de Chile. Situación de los sistemas de Atención de Urgencia en Chile, Propuestas Técnicas para Mejorar su Gestión, Diciembre 2012

<sup>145</sup> Informe de la Comisión de Urgencias, Consejo General, Colegio Médico de Chile. Situación de los sistemas de Atención de Urgencia en Chile, Propuestas Técnicas para Mejorar su Gestión, Diciembre 2012

<sup>146</sup> Situación de los sistemas de atención de Urgencia en Chile: Propuestas Técnicas para Mejorar su Gestión. Informe de la Comisión de Urgencias, Consejo General, Colegio Médico de Chile. Diciembre 2012.

<sup>147</sup> Informe de Auditoría N°19/2013. Informe interno auditoría ministerial Servicios de Urgencia. Establecimientos Hospitalarios de Alta Complejidad. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

básicamente) son atendidos adecuadamente pese a que el registro (por razones obvias, de priorizar la atención clínica sobre la administrativa) se realiza en forma posterior, incluso, en el informe de auditoría citado, se señala que sólo el 27% de los DAU evaluados presentan incumplimientos.

La segunda consecuencia (número de pacientes que abandonan el sistema) requiere de un estudio dirigido dado que los pacientes que abandonan el sistema sin registrarse siquiera (por tiempos de espera, etc.) no pueden ser medidos de otra forma que no sea buscándolos intencionalmente. Esto se puede resolver con mediciones dirigidas en terreno en los niveles de atención donde sea adecuado (al menos a nivel primario, dado el alto volumen de pacientes que se atiende acá, y que genera impactos potenciales "aguas abajo" de la red).

Por otra parte, es particularmente llamativo el hecho de que el parámetro  $p$  se mantenga la mayor parte del tiempo (para UEH y SAPU) en torno 1. Esto es esperable por casualidad, o por sistemas donde el diseño se ha hecho en forma determinística, tratando de alinear la demanda promedio con la capacidad de atención promedio de la misma forma en que se puede hacer como aproximación en un consultorio donde se solicitan las horas con antelación. Como se señaló, el resultado de dicha aproximación no es otro que el de una cola que se prolongará en forma abrupta (Gráfico 4.2).

En este contexto, cualquier intervención de mejora y reducción de brechas requiere de un levantamiento de detalle de la combinación óptima **para cada centro** de elementos productivos que tenga en cuenta la casuística local, recursos ya instalados y curva local de demanda, en conjunto con un análisis de puntos críticos y "cuellos de botella" propio para cada elemento. El uso de estrategias globales para toda la red no será capaz de dar una solución óptima en términos de costo-efectividad, dada la fuerte variación en intervalos de tiempo diarios de la demanda y los perfiles heterogéneos de complejidad que, en conjunto con el componente estocástico de la demanda, dificultan una solución única al problema.

## **V. USO DE RECURSOS Y PROCESOS PRODUCTIVOS**

### **V.1. Identificación de costos y gastos de producción y gestión financiera asociada a la entrega de bienes y servicios de urgencia tanto de la red como de sus ECE**

El objetivo de este capítulo es identificar los costos asociados a la producción de atenciones médicas que ejecutan o producen los distintos ECE de la RdU. Adicionalmente el capítulo incorpora una descripción análisis y evaluación de los procesos de gestión financiera ejecutados en los distintos ECE de la red.

El proceso de producción de cada uno de los componentes incorporados en la RdU, ha sido ampliamente descrito en los capítulos anteriores, en consideración a ello, el énfasis de este capítulo está enfocado en estimar el costo o gasto real de las prestaciones de urgencia que se ofrecen en los distintos componentes de la Red.

El objetivo de este capítulo es identificar los costos asociados a la producción de atenciones médicas que ejecutan o producen los distintos ECE de la RdU. Adicionalmente el capítulo incorpora una descripción análisis y evaluación de los procesos de gestión financiera ejecutados en los distintos ECE de la red.

El proceso de producción de cada uno de los componentes incorporados en la RdU, ha sido ampliamente descrito en los capítulos anteriores, en consideración a ello, el énfasis de este capítulo está enfocado en estimar el costo o gasto real de las prestaciones de urgencia que se ofrecen en los distintos componentes de la Red. Por su parte, la metodología del trabajo de campo se presenta en el Anexo 1.4.

#### **V.1.1. Análisis y evaluación de resultados**

Consiste en el proceso de estudio de la información recabada en términos de:

Presupuesto y su proceso:

Mapeo de los procesos que se utilizan en la práctica para realizar el diseño y requerimientos de recursos presupuestarios.

Comparación con lo normado en la propia institución y a nivel superior (dirección del servicio de salud, MINSAL).

Costo y gasto:

Análisis de la información recolectada en los distintos ECE de las redes de urgencia encuestadas.

Estimación de los costos y gastos de los distintos tipos de prestadores.

Comparación de los costos y gastos estimados con los costos y gastos reales 2013.

##### **V.1.1.1. Mapeo y análisis del proceso presupuestario**

Del análisis de las respuestas entregadas por los entrevistados, se llegó a determinar que para los ECE dependientes de la atención secundaria y terciaria (hospitales de mediana y alta complejidad), así como para los hospitales de baja complejidad no existe un proceso en

el cual se establezcan los presupuestos necesarios para el funcionamiento de cada uno de los componentes de la RdU (UEH, UTI, UCI, SAMU).

Por otra parte, se determina que en las ECE dependientes de la atención primaria SAPU y SUR, si bien desde la DIVAP se establece financiamiento específico para estas estrategias de la RdU, la operación de dichas estrategias está definida por el establecimiento al cual pertenecen o están adosados.

Por tanto, en ambos niveles de atención la gestión financiera de las redes de urgencia es determinada y operada desde la gestión financiera global del establecimiento del cual dependen; por ende, los recursos disponibles para la RdU están determinados por la disponibilidad de recursos para el establecimiento en su conjunto, sin identificar recursos específicos para los componentes de dicha RdU en particular.

Lo anterior implica que la RdU como tal opera desde una concepción clínica como única en niveles de atención crecientes que depende fuertemente de la capacidad de coordinación de los gestores de dicha red, pero no está definida ni se identifica, desde una perspectiva de asignación de recursos esa RdU en particular, por ende si bien es cierto se puede evaluar desde la perspectiva de eficacia clínica los resultados de coordinación de dicha red, desde la perspectiva de eficiencia, que contempla la asignación de recursos y su posterior evaluación con los niveles de producción y resultados exigidos, es prácticamente imposible la evaluación de resultados.

Desde la perspectiva del control financiero y presupuestario en ambos niveles, tal como no existe programación financiera y presupuestaria de los componentes de la red urgencia en, hay poco control de la ejecución presupuestaria de los recursos asignados, por cuanto es difícil establecer mecanismos de control respecto de la utilización de recursos financieros no planificados.

Extraordinariamente los establecimientos encuestados operan con una proyección de flujos financieros globales, determinada por el gasto histórico que se va actualizando a medida que transcurren los meses y se acerca el cierre del año. En resumen, no existe un proceso presupuestario que relacione recursos con niveles de producción y que, finalmente, culmine con el proceso de evaluación de resultados, que permita establecer un plan de acción valorizado y corregir posibles desviaciones en la gestión de recursos futuros.

En el nivel secundario y terciario, el principal elemento de control de gestión de recursos, existente en la red hospitalaria, particularmente en el SSMS y en el Hospital de Rancagua, corresponde al establecimiento de un sistema de costeo de producción denominado WINSIG. Este sistema permite identificar, cuantificar y obtener cierta información de la gestión asistencial por centros de costos, identificando y relacionando el consumo de recursos con datos de producción.

Dicha herramienta tiene una aplicación incipiente en el año 2011 con 16 establecimientos que reportan datos de costos y producción por centros de costos, utilizando esta herramienta, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, y ya en el año 2013 existe un proceso de implantación relativamente normalizado para la mayoría de los establecimientos

hospitalarios autogestionados (58) que representan aproximadamente el 80% del gasto de operación de la Red Hospitalaria (ver Tabla 5.1).

La principal debilidad que posee esta información es que no se encuentran suficientemente homologados los criterios de distribución de costos y que no posee un sistema de control que permita comparar y validar la información proporcionada por los establecimientos, tanto para el rubro costos como para la producción lo que genera algunas inconsistencias y diferencias de datos con la información obtenida a través de otros medios (REM, SIGFE).

Sin embargo, a pesar de las restricciones señaladas precedentemente, esta es la única fuente de información con la cual se pueden comparar los resultados obtenidos en los establecimientos encuestados, y proporciona la base que permitirá tener una aproximación al costo global de la RdU de los distintos ECE que se desarrollan en el nivel hospitalario de mediana y alta complejidad.

**Tabla 5.1: Uso del WINSIG 2011 al 2014**

Año	Número de establecimientos	Costo directo establecimientos informados WINSIG (M\$)	Costo directo total red Hospitalaria SIGFE (M\$)	Participación gasto directo reportado WINSIG respecto total red hospitalaria (%)
2011	17	861.533.831	1.773.504.407	49%
2012	57	1.529.948.462	1.980.674.193	77%
2013	67	1.822.809.767	2.216.396.393	82%
2014	58	1.975.326.914	2.568.826.044	77%

Fuente: Elaboración propia en base información del WINSIG y SIGFE.

Respecto de las fuentes de información de producción (número de atenciones de urgencia, días camas ocupados (DCO) o número de traslados), las fuentes de información globales y en detalle por establecimientos, se encuentran en el Registro Estadístico Médico (REM) del DEIS MINSAL. Las restricciones y debilidades de estas bases de datos, en lo que respecta a la información utilizada para determinar los costos unitarios de producción, es en algunos casos la no consistencia de datos entre fuentes de un mismo origen y algunas desviaciones significativas respecto del número de atenciones informados en WINSIG. En este contexto, para obviar dichas inconsistencias se determinó utilizar las estadísticas de números de atenciones de los datos REM, cuadro 8, atenciones de urgencia.

#### V.1.1.2. Estimación de costos

La información financiera, de infraestructura y producción obtenida de los distintos establecimientos muestrales en el trabajo de campo, fue incompleta o no contiene consistencia numérica (ver Tabla 5.2).

**Tabla 5.2: Estado de avance de recepción de información financiera**

Servicio	Institución	Situación
SSMS	Hospital Barros Luco Trudeau de San Miguel	OK
	Hospital Dr. Exequiel González Cortés de Santiago y San Miguel	OK
	Hospital El Pino de Santiago y San Bernardo	OK

Servicio	Institución	Situación
SSLBO	Hospital San Luis de Buin	OK
	SAPU Dr. Juan Solórzano Obando de Pedro Aguirre Cerda	OK
	SAPU Padre Esteban Gumucio, La Granja	OK
	SAPU San Joaquín, San Joaquín	Incompleto
SSLBO	Hospital Regional de Rancagua	No Recibido
	Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez de Rengo	No Recibido
	Hospital San Vicente de Tagua-Tagua	Incompleto
	Hospital Del Salvador de Peumo	OK
	Hospital de Pichidegua	OK
	SAPU Rosario de la Comuna de Rengo	Recibido, inconsistencias numéricas
	SUR de las comunas de Las Cabras	Recibido, inconsistencias numéricas
	SUR Malloa.	Recibido, inconsistencias numéricas

Fuente: Elaboración propia.

Para hacer frente a la situación señalada, se hizo necesario el cambio en las fuentes de información utilizadas para las estimaciones. De hecho en el caso de UEH, UCI, UTI y SAMU los costos unitarios se estimaron a partir de la información registrada en WINSIG 2013, la producción de UEH y SAPU se obtuvo de la información registrada en el DEIS MINSAL para los años 2011, 2012, 2013 y la producción de camas críticas y de SAMU se obtuvo de la registrada en WINSIG 2011, 2012, 2013.

Cabe destacar que la decisión de utilizar estas nuevas fuentes de información, fue tomada durante el desarrollo del estudio, debido principalmente a que la información recabada no cumplía los estándares mínimos para poder hacer las estimaciones comprometidas.

Sin embargo, a nuestro juicio la alternativa de utilizar esta nueva información y metodología de estimación de costos, resultó una gran mejora en términos de los resultados del estudio, debido a que permitió subsanar una de las principales críticas del modelo original, la baja representatividad a nivel nacional.

A continuación se presentan las estimaciones para cada uno de los componentes y subcomponentes del sistema de urgencia, presntados en el siguiente orden:

- Análisis de las fuente de información contenida en WINSIG y REM (sección V 1.1.3)
- Gasto total en UEH (sección V 1.1.4.1),
- Gasto total en camas críticas (sección V 1.1.4.2),
- Gasto total en SAMU (sección V 1.1.4.3),
- Gasto total en APS (sección V 1.1.5),
- Gasto total en APS (sección V1.1.6).

#### V.1.1.3. Análisis de información de WINSIG y REM 2011 al 2013.

Tal como se explicó con anterioridad, por razones ajenas al desarrollo de este estudio, en varias instituciones los entrevistados, la información financiera y de producción solicitada, o no se entregó, o se entregó incompleta o con inconsistencias numéricas.

Debido a lo anterior, se desarrolló un método alternativo para poder hacer los análisis y estimaciones comprometidas en este estudio, a partir de fuentes secundarias. Para esto se analizó la información registrada en WINSIG 2011, 2012 y 2013 (aportada por el mandante) y la información de atenciones de urgencia 2011, 2012 y 2013 disponibles en el DEIS MINSAL.

## **UEH**

Para el año 2013 el costo directo promedio por UEH se estimó en \$25.073, con un intervalo de confianza al 95% que va desde los \$22.242 a los \$27.905. Por su parte, el costo total (directo más indirecto) se estimó en \$42.953, con un intervalo de confianza al 95% que va desde los \$38.796 a los \$47.112.

Entre los años en análisis, el costo directo promedio por atención (subtítulos 21 y 22) aumentó un 6,3% real (8,2% nominal) y el costo total promedio (directo más indirecto) aumentó un 2,9% real (4,8% nominal). Este aumento en el costo real tiene como fuente un aumento en los costos directos, lo que se traduciría en un encarecimiento de los costos de producción.

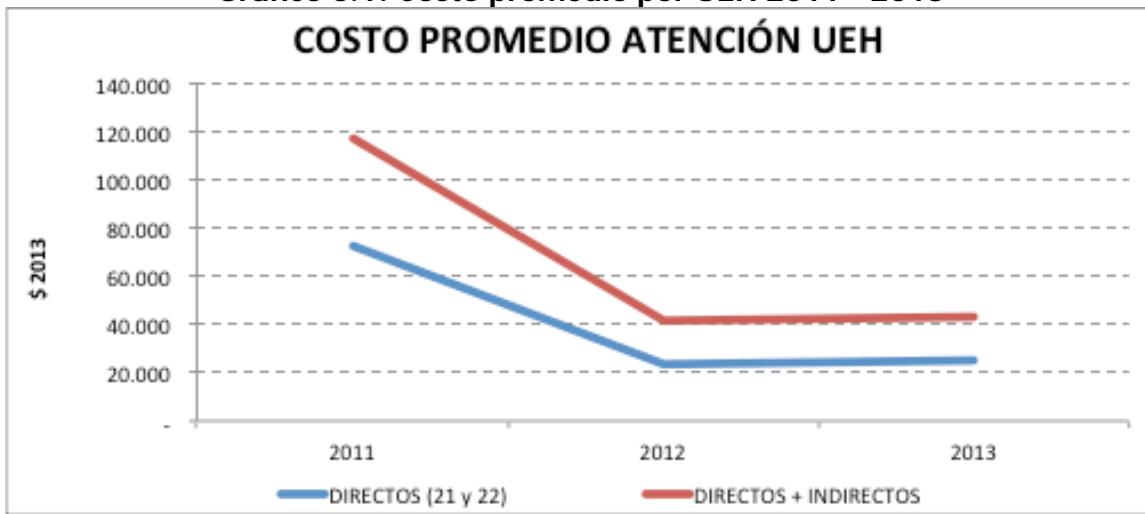
Cabe destacar que al comparar la información del año 2011 con la de los años posteriores (2012 y 2013) se aprecia un cambio significativo de comportamiento, situación que puede ser atribuida a que el año 2011 el WINSIG estaba en pleno proceso de implantación. Es por esta razón que en nuestras estimaciones y análisis sólo utilizaremos las estadísticas de los años 2012 y 2013 (ver tabla y gráfico siguiente). En Anexos se presenta la tabla en valores nominales.

**Tabla 5.3: Costo promedio por UEH 2011 – 2013 (\$ 2013)**

		2011	2012	2013
Directos (subtítulos 21 y 22)	Media	72.587	23.593	25.073
	Mínima (95%)	55.412	20.600	22.242
	Máxima (95%)	89.762	26.587	27.905
Directos mas indirectos	Media	117.832	41.734	42.954
	Mínima (95%)	89.999	36.100	38.796
	Máxima (95%)	145.665	47.368	47.112

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información Winsig 2011-2013.

**Gráfico 5.1: Costo promedio por UEH 2011 - 2013**



Fuente: Elaboración propia, a partir de la información Winsig 2011-2013.

## UPC

Para el año 2013 el costo directo promedio por día UCI se estimó en \$390.437, con un intervalo de confianza al 95% que va desde los \$351.466 a los \$429.408. Por su parte, el costo total (directo más indirecto) se estimó en \$556.185, con un intervalo de confianza al 95% que va desde los \$507.226 a los \$605.143.

Se estimó que entre los años 2012 y 2013, el costo directo promedio por día UCI (subtítulos 21 y 22) disminuyó un 2,9% real (-1,2% nominal) y el costo total promedio (directo más indirecto) disminuyó un 5,5% real (-3,8% nominal). La reducción del costo total promedio en UCI se debe principalmente a los costos indirectos, lo que podría interpretarse como un aumento en la eficiencia total de las instituciones.

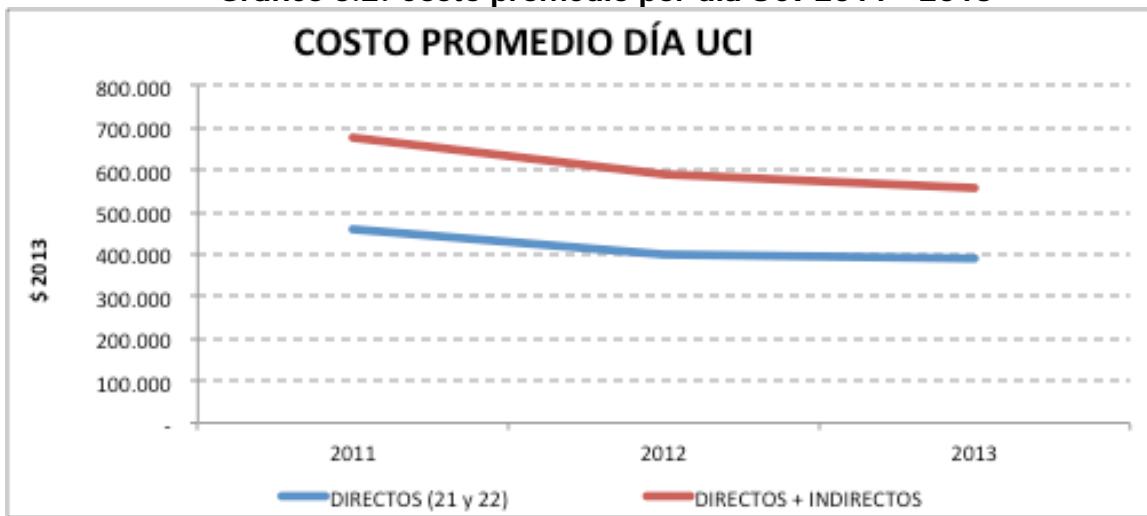
En la tabla y gráfico siguientes se presentan los promedios y sus intervalos de confianza con una certeza del 95% (ver tabla y gráfico siguiente).

**Tabla 5.4: Costo promedio por día UCI 2011 – 2013 (\$ 2013)**

		2011	2012	2013
Directos (subtítulos 21 y 22)	Media	457.528	402.403	390.437
	Mínima (95%)	376.953	335.246	351.466
	Máxima (95%)	538.102	469.560	429.408
Directos mas indirectos	Media	678.991	588.564	556.185
	Mínima (95%)	572.558	487.404	507.226
	Máxima (95%)	785.424	689.724	605.143

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información Winsig 2011-2013.

**Gráfico 5.2: Costo promedio por día UCI 2011 - 2013**



Fuente: Elaboración propia, a partir de la información Winsig 2011-2013.

Asimismo, para el año 2013 el costo directo promedio por día UTI se estimó en \$231.942, con un intervalo de confianza al 95% que va desde los \$193.661 a los \$270.223. Por su parte, el costo total (directo más indirecto) se estimó en \$356.535, con un intervalo de confianza al 95% que va desde los \$305.338 a los \$407.733.

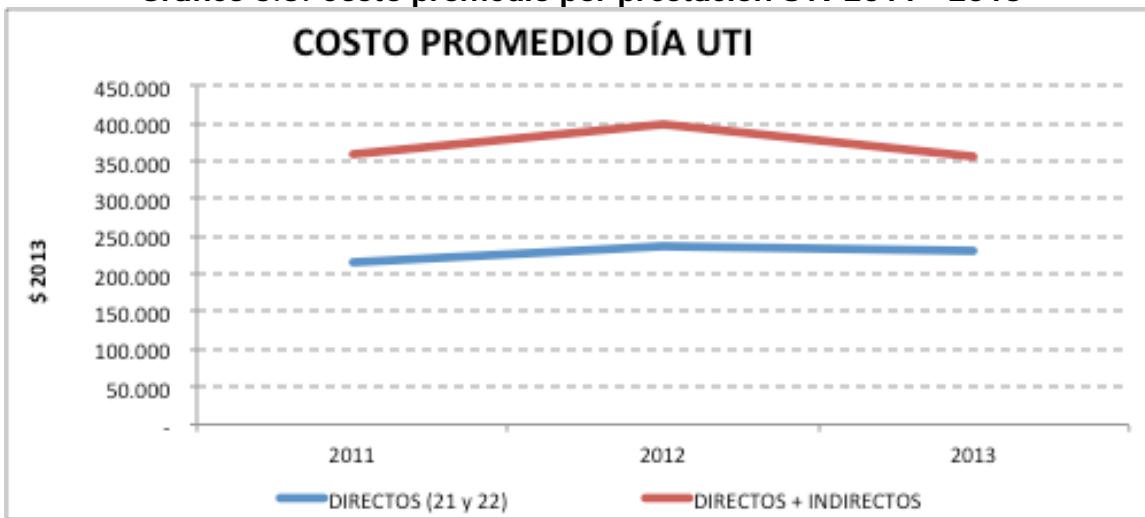
Para los años 2012 y 2013, el costo directo promedio por día UTI (subtítulos 21 y 22) disminuyó un 2,5% real (-0,7% nominal) y el costo total promedio (directo más indirecto) disminuyó un 10,5% real (-8,9% nominal) (ver tabla y gráfico siguiente).

**Tabla 5.5: Costo promedio por día UTI 2011 – 2013 (\$ 2013)**

		2011	2012	2013
Directos (subtítulos 21 y 22)	Media	215.591	237.660	231.942
	Mínima (95%)	163.816	192.887	193.661
	Máxima (95%)	267.367	282.434	270.223
Directos mas indirectos	Media	359.756	398.182	356.535
	Mínima (95%)	277.660	323.536	305.338
	Máxima (95%)	441.851	472.827	407.733

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información Winsig 2011-2013.

**Gráfico 5.3: Costo promedio por prestación UTI 2011 - 2013**



Fuente: Elaboración propia, a partir de la información Winsig 2011-2013.

## SAMU

Por último, para el año 2013 el costo directo promedio por atención SAMU (atención pre-hospitalaria) se estimó en \$62.577, con un intervalo de confianza al 95% que va desde los \$45.517 a los \$79.636. Por su parte, el costo total (directo más indirecto) se estimó en \$75.887, con un intervalo de confianza al 95% que va desde los \$54.865 a los \$96.910.

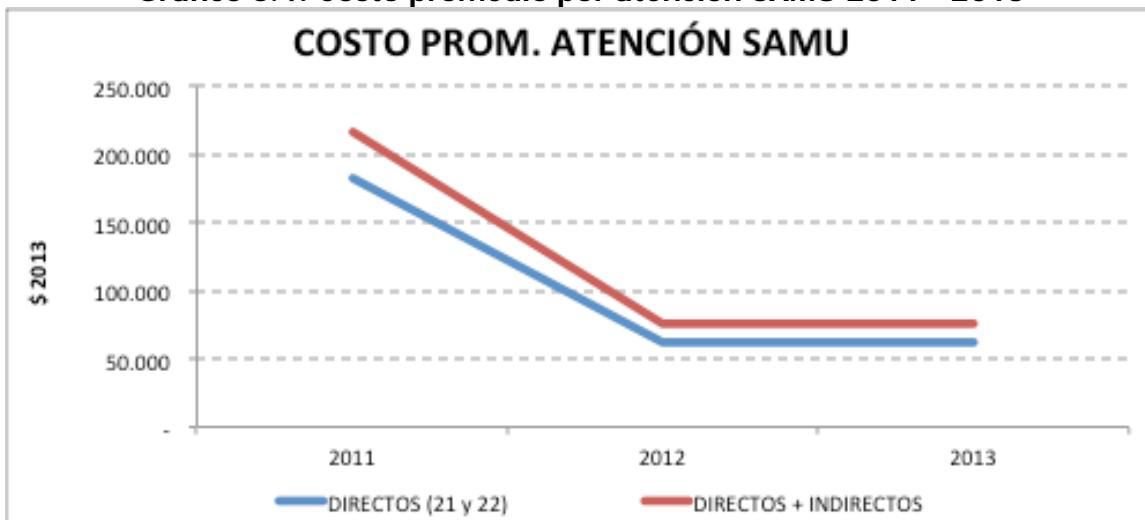
Para el período 2012 a 2013, el costo directo promedio (subtítulos 21 y 22) aumentó un 0,6% real (2,4% nominal) y el costo total promedio (directo más indirecto) disminuyó un 0,6% real (+1,2% nominal) (ver tabla y gráfico siguiente).

**Tabla 5.6: Costo promedio por atención SAMU 2011 – 2013 (\$ 2013)**

		2011	2012	2013
Directos (subtítulos 21 y 22)	Media	182.530	62.187	62.577
	Mínima (95%)	95.829	44.511	45.517
	Máxima (95%)	269.230	79.861	79.637
Directos mas indirectos	Media	217.034	76.338	75.887
	Mínima (95%)	115.211	53.249	54.865
	Máxima (95%)	318.857	99.426	96.910

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información Winsig 2011-2013.

**Gráfico 5.4: Costo promedio por atención SAMU 2011 - 2013**



Fuente: Elaboración propia, a partir de la información Winsig 2011-2013.

Al igual que en el caso de las UEH, al comparar la información del año 2011 con la de los años posteriores (2012 y 2013) se aprecia un cambio significativo de comportamiento, situación que puede ser atribuida a que el año 2011 el WINSIG estaba en pleno proceso de implantación. Es por esta razón que en nuestras estimaciones y análisis solo utilizaremos las estadísticas de los años 2012 y 2013.

## Síntesis

Según la información del WINSIG, entre los años 2012 y 2013, el costo directo de las UEH (subtítulos 21 y 22) habría aumentado un 6,3% real, lo que implicaría un encarecimiento de la producción y/o disminución en su nivel de eficiencia.

Por su parte, el costo directo por día UCI habría disminuido un 3% real y el costo por día UTI habría disminuido un 2,4% real, lo que implicaría un aumento en la eficiencia de este servicio.

Por último, el costo por atención SAMU habría aumentado un 0,6% real, lo que implicaría un pequeño encarecimiento de la producción y/o disminución en su nivel de eficiencia. En la tabla siguiente se presenta un resumen de los costos promedio. (Ver tabla siguiente) En Anexos se presenta la tabla en valores reales.

**Tabla 5.7: Costo directo por tipo de atención 2011 – 2013 (\$ 2013)**

	2011	2012	2013	Variación real 2012-2013	Variación nominal 2012-2013
UEH	72.587	23.593	25.073	6,3%	8,2%
UCI	457.528	402.403	390.437	-3,0%	-1,2%
UTI	215.591	237.660	231.942	-2,4%	-0,7%
SAMU	182.530	62.187	62.577	0,6%	2,4%

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información Winsig 2011-2013.

#### V.1.1.4. Estimación del gasto UEH, Camas Críticas y SAMU 2011-2013.

Para efectos de la generación de estimadores para UEH, camas críticas y SAMU se utilizó la información recabada por WINSIG para el año 2013, debido a su consistencia con la información del año anterior (2012) y que representa la información más actualizada.

A partir de la información recabada por WINSIG para el año 2013 se calcularon parámetros para la estimación del gasto total en UEH, UCI, UTI y SAMU, a través del método econométrico de mínimos cuadrados ordinarios (MICO), utilizando el software SPSS<sup>148</sup>.

Como resultado, los estimadores del costo son \$43.842 para las UEH en institución de alta complejidad, \$26.172 para las UEH en instituciones de complejidad media, \$4.769 para las UEH en instituciones de baja complejidad, \$328.707 para los días cama en UCI, \$345.493 para los días cama en UTI y \$99.774 por atención de SAMU.

Al ponderar estos estimadores con el nivel de producción recabada en la base REM 2011-2013, se estima el costo de los distintos componentes del sistema de urgencia.

En la tabla siguiente se presentan los estimadores, sus intervalos de confianza con un 95% de confianza y su nivel de ajuste.

**Tabla 5.8: Estimadores del costo por tipo de atención (\$ 2013)**

	Estimador	Mínimo (95%)	Máximo (95%)	R2 ajustado
UEH (alta complejidad)	43.842	39.366	48.317	78%
UEH (complejidad media)	26.172	16.885	35.459	92%
UEH (complejidad baja) *	4.769	4.417	5.120	N.D.**
UCI	328.707	283.994	373.421	85%
UTI	345.493	308.303	382.684	91%
SAMU	99.774	70.573	128.976	88%

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información WINSIG 2013.

\* Se utilizaron los estimadores determinados para APS. (ver capítulo VII.1.6.8)

\*\* Esta metodología de estimación no entrega R2.

#### V.1.1.4.1 Estimación del gasto total en UEH 2011-2013.

El gasto nacional en UEH para el año 2013 ascendería a \$318.559 millones en moneda del 2013, lo que representa un 2,4% real menos que el periodo anterior. En las tablas siguientes se presentan: los costos totales para los años 2011, 2012 y 2013, costos totales per cápita<sup>149</sup> por SdS. En anexo se presentan las estimaciones los costos totales por hospital.

**Tabla 5.9: Estimación del costo UEH 2011-2013 (\$ millones 2013)**

Complejidad	2011	2012	2013
Alta (MM\$ 2013)	272.346	275.709	267.633
Mediana (MM\$ 2013)	37.707	37.361	37.438

<sup>148</sup> El costo se estimó como según la siguiente ecuación:  $C = \alpha * N + \varepsilon$ , donde C = costo total, N = número de atenciones,  $\alpha$  estimador del costo unitario y  $\varepsilon$  error.

<sup>149</sup> Para la estimación de los costos per cápita se utilizó como denominador la población beneficiaria del FONASA de cada SdS.

Baja (MM\$ 2013)	12.679	13.348	13.487
Total UEH (MM\$ 2013)	322.732	326.418	318.559
Variación real %		1,1%	-2,4%
UEH per cápita (\$ 2013)	24.879	24.848	24.102
Variación Real %		-0,1%	-3,0%

Fuente: Elaboración propia, a partir de winsig 2013 y Rem 2011-2013.

**Tabla 5.10: Estimación del costo total en UEH 2011-2013, según Servicio de Salud**

Servicio de Salud	Estimación costo total (MM\$ 2013)		
	2011	2012	2013
Servicio de Salud Arica	5.194	5.995	5.940
Servicio de Salud Iquique	4.883	4.920	5.307
Servicio de Salud Antofagasta	12.077	11.261	10.133
Servicio de Salud Atacama	6.639	6.322	6.476
Servicio de Salud Coquimbo	15.704	16.404	15.390
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	19.344	18.739	17.818
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	19.662	19.303	19.296
Servicio de Salud Aconcagua	8.035	8.237	8.058
Servicio de Salud Metropolitano Norte	11.545	11.799	11.890
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	17.625	17.767	16.986
Servicio de Salud Metropolitano Central	14.795	14.593	14.757
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	11.399	11.899	9.488
Servicio de Salud Metropolitano Sur	24.088	23.156	21.779
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	21.126	21.423	20.459
Servicio de Salud Del Libertador B.O'Higgins	13.478	14.034	14.366
Servicio de Salud Del Maule	17.423	16.516	16.385
Servicio de Salud Ñuble	10.526	10.833	10.779
Servicio de Salud Concepción	17.546	18.113	18.041
Servicio de Salud Talcahuano	10.308	9.904	9.601
Servicio de Salud Biobío	8.085	8.165	8.256
Servicio de Salud Araucanía Sur	12.452	13.914	14.668
Servicio de Salud Valdivia	5.127	5.333	5.325
Servicio de Salud Osorno	6.410	6.525	5.906
Servicio de Salud Del Reloncaví	6.342	6.218	6.135
Servicio de Salud Aisén	4.254	4.065	3.955
Servicio de Salud Magallanes	5.714	5.699	5.957
Servicio de Salud Arauco	2.013	1.917	1.927
Servicio de Salud Araucanía Norte	6.365	8.465	8.880
Servicio de Salud Chiloé	4.573	4.898	4.601
<b>Total UEH</b>	<b>322.732</b>	<b>326.418</b>	<b>318.559</b>
Límite Inferior (95%)	280.614	284.030	276.958
Límite Superior (95%)	364.847	368.803	360.157

Fuente: elaboración propia, a partir de WINSIG 2013 y DEIS MINSAL 2011-2013.

**Tabla 5.11: Estimación del costo per cápita en UEH 2011-213, según SdS**

Servicio de Salud	Estimación costo per cápita (\$ 2013)		
	2011	2012	2013
Servicio de Salud Arica	30.901	34.988	33.237
Servicio de Salud Iquique	22.436	21.498	22.818
Servicio de Salud Antofagasta	34.724	30.116	26.925
Servicio de Salud Atacama	28.606	27.196	27.787
Servicio de Salud Coquimbo	27.115	28.274	26.146
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	47.905	46.029	43.327
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	25.440	25.075	24.945
Servicio de Salud Aconcagua	37.246	38.123	37.311
Servicio de Salud Metropolitano Norte	19.096	18.158	18.152
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	17.966	18.130	17.384
Servicio de Salud Metropolitano Central	23.805	20.288	20.436
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	18.329	19.988	15.983
Servicio de Salud Metropolitano Sur	26.357	25.085	23.657
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	19.513	19.751	18.778
Servicio de Salud Del Libertador B.O'Higgins	19.392	19.727	19.981
Servicio de Salud Del Maule	19.963	19.356	19.018
Servicio de Salud Ñuble	25.531	26.753	26.480
Servicio de Salud Concepción	36.992	37.465	36.928
Servicio de Salud Talcahuano	34.758	33.176	32.154
Servicio de Salud Biobío	24.036	24.132	24.055
Servicio de Salud Araucanía Sur	20.897	23.149	24.290
Servicio de Salud Valdivia	15.688	16.825	16.806
Servicio de Salud Osorno	31.562	31.930	28.531
Servicio de Salud Del Reloncaví	18.596	19.399	18.854
Servicio de Salud Aisén	59.336	53.078	50.466
Servicio de Salud Magallanes	50.119	46.744	49.278
Servicio de Salud Arauco	13.693	12.680	12.502
Servicio de Salud Araucanía Norte	36.209	48.525	50.346
Servicio de Salud Chiloé	31.179	33.180	31.074
<b>TOTAL UEH</b>	<b>24.879</b>	<b>24.848</b>	<b>24.102</b>
Límite Inferior (95%)	21.632	21.621	20.955
Límite Superior (95%)	28.126	28.075	27.250

Fuente: elaboración propia, a partir de WINSIG 2013 y DEIS MINSAL 2011-2013.

El gasto en UEH per cápita promedio del año 2013 ascendió a \$27.250. Los Servicios de Salud Araucanía Norte y Aisén destacan por ser los de mayor gasto per cápita, con valores que superaron los \$50.000. Y el Servicio de Salud Arauco destaca por ser el de menor gasto per cápita con un valor de \$12.502. Cabe destacar que las diferencias que se presentan entre los distintos SdS se justifica sólo por diferencias en la cantidad de prestaciones per cápita de las distintas carteras de beneficiarios.

#### V.1.1.4.2 Estimación del gasto total en camas críticas 2011-2013.

Por su parte, el gasto nacional en camas críticas para el año 2013 ascendería a \$266.037 millones en moneda del 2013, lo que representa un aumento de un 1,9% real. Cabe notar que esta variación se debe a un incremento en el número de atenciones brindada. Por su parte, el gasto nacional per cápita en camas críticas ascendería a \$20.128, lo que representa un aumento de un 1,3% real respecto al periodo anterior. En las tablas siguientes se presentan: los costos totales para los años 2011, 2012 y 2013, los costos totales per cápita por SdS

**Tabla 5.12: Estimación del costo en camas críticas 2011-2013 (MM\$ 2013)**

	2011	2012	2013
UTI (MM\$ 2013)	157.568	162.739	167.930
UCI (MM\$ 2013)	94.892	98.383	98.107
Total camas críticas (MM\$ 2013)	252.460	261.122	266.037
Variación real %		3,4%	1,9%
Camas críticas per cápita (\$ 2013)	19.462	19.877	20.128
Variación real %		2,1%	1,3%

Fuente: elaboración propia, a partir de WINSIG 2013 y DEIS MINSAL 2011-2013.

**Tabla 5.13: Estimación del costo total en camas críticas 2011-2013, según SdS**

Servicio de Salud	Estimación costo total (MM\$ 2013)		
	2011	2012	2013
Servicio de Salud Arica	2.258	2.446	2.534
Servicio de Salud Iquique	4.017	4.499	5.248
Servicio de Salud Antofagasta	5.084	4.979	7.782
Servicio de Salud Atacama	3.182	3.806	3.819
Servicio de Salud Coquimbo	8.008	8.716	9.086
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	9.655	9.983	9.690
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	11.894	13.267	13.208
Servicio de Salud Aconcagua	2.835	2.837	2.745
Servicio de Salud Metropolitano Norte	16.585	16.870	16.588
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	23.326	23.372	22.436
Servicio de Salud Metropolitano Central	13.131	14.620	15.387
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	26.318	25.877	25.393
Servicio de Salud Metropolitano Sur	22.256	23.499	22.805
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	19.768	20.148	18.248
Servicio de Salud Del Libertador B.O'Higgins	11.990	13.613	14.447
Servicio de Salud Del Maule	9.901	10.281	11.628
Servicio de Salud Ñuble	4.522	3.643	3.798
Servicio de Salud Concepción	11.308	10.648	10.550
Servicio de Salud Talcahuano	3.775	4.808	5.706
Servicio de Salud Biobío	6.004	5.822	5.485
Servicio de Salud Araucanía Sur	14.401	14.524	14.093

Servicio de Salud Valdivia	5.397	5.452	5.673
Servicio de Salud Osorno	2.560	2.722	3.249
Servicio de Salud Del Reloncaví	6.345	6.726	7.931
Servicio de Salud Aisén	1.962	1.771	1.884
Servicio de Salud Magallanes	3.702	3.479	3.612
Servicio de Salud Arauco	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Araucanía Norte	1.655	1.602	1.545
Servicio de Salud Chiloé	620	1.109	1.466
<b>Total camas críticas</b>	<b>252.460</b>	<b>261.122</b>	<b>266.037</b>
Límite Inferior (95%)	222.591	230.221	234.615
Límite Superior (95%)	282.329	292.023	297.459

Fuente: elaboración propia, a partir de WINSIG 2013 y DEIS MINSAL 2011-2013.

**Tabla 5.14: Estimación del costo per cápita en camas críticas 2011-213, según SdS**

Servicio de Salud	Estimación costo per cápita (\$ 2013)		
	2011	2012	2013
Servicio de Salud Arica	13.432	14.276	14.178
Servicio de Salud Iquique	18.457	19.659	22.564
Servicio de Salud Antofagasta	14.618	13.317	20.678
Servicio de Salud Atacama	13.709	16.371	16.388
Servicio de Salud Coquimbo	13.827	15.022	15.436
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	23.909	24.523	23.564
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	15.390	17.235	17.075
Servicio de Salud Aconcagua	13.143	13.131	12.712
Servicio de Salud Metropolitano Norte	27.433	25.961	25.326
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	23.778	23.850	22.960
Servicio de Salud Metropolitano Central	21.128	20.326	21.308
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	42.321	43.469	42.776
Servicio de Salud Metropolitano Sur	24.353	25.456	24.772
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	18.259	18.575	16.749
Servicio de Salud Del Libertador B.O'Higgins	17.252	19.136	20.094
Servicio de Salud Del Maule	11.345	12.049	13.497
Servicio de Salud Ñuble	10.968	8.998	9.332
Servicio de Salud Concepción	23.842	22.025	21.594
Servicio de Salud Talcahuano	12.730	16.106	19.109
Servicio de Salud Biobío	17.851	17.207	15.981
Servicio de Salud Araucanía Sur	24.168	24.164	23.337
Servicio de Salud Valdivia	16.514	17.200	17.904
Servicio de Salud Osorno	12.604	13.321	15.696
Servicio de Salud Del Reloncaví	18.604	20.985	24.371

Servicio de Salud Aisén	27.368	23.124	24.042
Servicio de Salud Magallanes	32.470	28.537	29.881
Servicio de Salud Arauco	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Araucanía Norte	9.414	9.183	8.758
Servicio de Salud Chiloé	4.228	7.510	9.903
<b>Total Camas Críticas</b>	<b>19.462</b>	<b>19.877</b>	<b>20.128</b>
Límite Inferior (95%)	17.159	17.525	17.751
Límite Superior (95%)	21.765	22.230	22.506

Fuente: elaboración propia, a partir de WINSIG 2013 y DEIS MINSAL 2011-2013.

El costo en camas críticas per cápita promedio del año 2013 ascendió a \$20.128. Siendo el SdS de Magallanes el de mayor costo promedio, \$29.881, y el SdS Araucanía Norte el de menor costo promedio con \$8.758. Cabe destacar que las diferencias que se presentan entre los distintos SdS se pueden justificar por diferencias en la cantidad de prestaciones per cápita y por diferencias en la intensidad de uso por tipo de cama (UTI v/s UCI).

#### V.1.1.4.3 Estimación del gasto total en SAMU 2011-2013.

El gasto nacional en SAMU para el año 2013 ascendería a \$21.961 millones en moneda del 2013, lo que representa un 4,6% menos que el periodo anterior. Por su parte, el gasto nacional en SAMU per cápita ascendería a \$1.662, lo que representa un 5,1% menos que el periodo anterior. La reducción en el gasto total y per cápita, se podría deber a una reducción en el nivel de actividad en la atención pre-hospitalaria (menos atenciones).

Cabe destacar, que a diferencia del resto de las atenciones analizadas, en el caso de SAMU, existe gran cantidad de SdS y sus respectivos hospitales con información no disponible. A nuestro juicio, esto se debería a problemas de registros de costos y producción en el WINSIG y no necesariamente implica que no existan estas prestaciones. Por lo tanto, la estimación de costos en SAMU podría estar subestimada.

En las tablas siguientes se presentan: los costos totales para los años 2011, 2012 y 2013, los costos totales y per cápita por SdS.

**Tabla 5.15: Estimación del costo en SAMU 2011-2013 (\$ 2013)**

	2011	2012	2013
SAMU Total (MM\$ 2013)	13.763	23.012	21.961
Variación Real %		67,2%	-4,6%
SAMU per cápita (\$2013)	1.061	1.752	1.662
Variación Real %		65,1%	-5,1%

Fuente: elaboración propia, a partir de WINSIG 2011-2013.

**Tabla 5.16: Estimación del costo total en SAMU 2011-2013, según SdS**

Servicio de Salud	Estimación costo total (MM\$ 2013)		
	2011	2012	2013
Servicio de Salud Arica	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Iquique	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Antofagasta	78	950	950

Servicio de Salud Atacama	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Coquimbo	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	1.457	1.426	2.575
Servicio de Salud Aconcagua	164	1.399	1.930
Servicio de Salud Metropolitano Norte	-	-	-
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	-	-	-
Servicio de Salud Metropolitano Central	5.430	5.633	4.690
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	-	-	-
Servicio de Salud Metropolitano Sur	-	-	-
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	-	-	-
Servicio de Salud Del Libertador B.O'Higgins	2.059	925	851
Servicio de Salud Del Maule	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Ñuble	1.192	1.262	1.354
Servicio de Salud Concepción	N.D.	2.139	1.846
Servicio de Salud Talcahuano	596	1.936	1.901
Servicio de Salud Biobío	N.D.	1.233	1.267
Servicio de Salud Araucanía Sur	140	2.233	707
Servicio de Salud Valdivia	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Osorno	334	1.129	953
Servicio de Salud Del Reloncaví	1.742	1.706	1.901
Servicio de Salud Aisén	315	358	320
Servicio de Salud Magallanes	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Arauco	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Araucanía Norte	256	683	716
Servicio de Salud Chiloé	N.D.	N.D.	N.D.
<b>Total SAMU</b>	<b>13.763</b>	<b>23.012</b>	<b>21.961</b>
Límite Inferior (95%)	9.735	16.277	15.533
Límite Superior (95%)	17.791	29.746	28.388

Fuente: Elaboración propia, a partir de WINSIG 2011-2013.

**Tabla 5.17: Estimación del costo per cápita en SAMU 2011-213, según SdS**

Servicio de Salud	Estimación costo per cápita (\$ 2013)		
	2011	2012	2013
Servicio de Salud Arica	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Iquique	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Antofagasta	224	2.541	2.524
Servicio de Salud Atacama	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Coquimbo	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	1.885	1.852	3.329
Servicio de Salud Aconcagua	759	6.476	8.938

Servicio de Salud Metropolitano Norte	-	-	-
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	-	-	-
Servicio de Salud Metropolitano Central	8.738	7.831	6.495
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	-	-	-
Servicio de Salud Metropolitano Sur	-	-	-
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	-	-	-
Servicio de Salud Del Libertador B.O'Higgins	2.963	1.300	1.183
Servicio de Salud Del Maule	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Ñuble	2.890	3.116	3.325
Servicio de Salud Concepción	N.D.	4.424	3.778
Servicio de Salud Talcahuano	2.009	6.486	6.366
Servicio de Salud Biobío	N.D.	3.644	3.693
Servicio de Salud Araucanía Sur	234	3.714	1.171
Servicio de Salud Valdivia	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Osorno	1.644	5.526	4.604
Servicio de Salud Del Reloncaví	5.108	5.322	5.842
Servicio de Salud Aisén	4.401	4.673	4.081
Servicio de Salud Magallanes	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Arauco	N.D.	N.D.	N.D.
Servicio de Salud Araucanía Norte	1.456	3.916	4.059
Servicio de Salud Chiloé	1.456	3.916	4.059
<b>Total SAMU</b>	<b>1.061</b>	<b>1.752</b>	<b>1.662</b>
Límite Inferior (95%)	750	1.239	1.175
Límite Superior (95%)	1.371	2.264	2.148

Fuente: Elaboración propia, a partir de WINSIG 2011-2013.

El gasto percápita por atención SAMU ascendió a \$1.662 en moneda de 2013. Sin embargo, se verifica gran variabilidad entre los servicios de salud, situación que no permite la extracción de mayores conclusiones al respecto. Esta gran variabilidad se podría deber a que no todas las instituciones registrarán la información referida a este ECE, revelando de esta forma el bajo control y seguimiento que se realiza al SAMU por las instancias pertinentes; los SdS, el MINSAL y el Ministerio de Hacienda (MINHDA).

#### V.1.1.5. Estimación del gasto de urgencia en la APS 2011-2013.

En el caso de las atenciones de urgencia en la APS, no se dispone de información de costos como en el WINSIG, razón por la cual la metodología de estimación del gasto es diferente a la utilizada con anterioridad. En efecto, se utilizó la información de los SAPU recopilada en el trabajo de campo del estudio, para estimar costos medios, los que se ponderaron por la producción de cada uno de los años.

En particular, en los SAPU Juan Solorzano Obando, ubicado en la comuna Pedro Aguirre Cerda (PAC) y Esteban Gumucio ubicado en la comuna de La Granja, ambos pertenecientes a la red del SSMS y Rosario, ubicado en la comuna del mismo nombre dependiente del SSO

se realizaron las entrevistas programadas, sin embargo solamente los establecimientos dependientes del SSMS proporcionaron antecedentes de carácter financiero.

La información disponible, respecto de las transferencias específicas para el financiamiento de la estrategia SAPU durante el año 2013 señala que al SAPU Juan Solorzano fueron transferidos M\$164.629 y al SAPU Esteban Gumucio fueron transferidos M\$109.425; lo que representa solamente un 51% y un 64% del gasto informado como costo directo de las atenciones de *salud realizadas en dichos establecimientos para el año señalado*.

De conformidad con la información disponible, el costo promedio por atención de urgencia es \$4.769 para el año 2013. En la tabla siguiente se presentan los costos promedio para los años 2011, 2012 y 2013 de los SAPU en análisis.

**Tabla 5.18: Costos unitarios atenciones de urgencia en los SAPU de la muestra**

	SAPU Juan Solorzano (PAC)			SAPU Esteban Gumucio (la Granja)		
	Total costo directo (M\$ 2013)	Atenciones de urgencia	Costo unitario atención de urgencia (\$ 2013)	Total costo directo (M\$ 2013)	Atenciones de urgencia	Costo unitario atención de urgencia (\$ 2013)
2010	282.370	47.600	5.932	163.577	44.917	3.642
2011	268.598	64.198	4.184	185.922	42.727	4.351
2012	271.980	64.069	4.245	149.461	41.229	3.625
2013	323.318	63.154	5.120	170.701	38.648	4.417

Fuente: Elaboración propia, a partir de información recopilada en terreno.

En la tabla siguiente se presentan el número de atenciones de urgencias en establecimientos SAPU y otras instituciones de la APS en los años 2011 al 2013, disponibles en el DEIS MINSAL.

**Tabla 5.19: Número de atenciones de urgencia SAPU y otros en APS (2011-2013)**

	2011	2012	2013
SAPU	5.817.657	6.263.541	6.423.459
Otros APS	841.510	1.186.043	1.419.525
Total general	6.659.167	7.449.584	7.842.984

Fuente: Elaboración propia en base a información del REM 8.

El gasto nacional en la APS para el año 2013 ascendería a \$61.283 millones en moneda del 2013, lo que representa un aumento de un 2,5% respecto al periodo anterior. Por su parte, el gasto per cápita nacional en la APS ascendería a \$4.637, un 1,9% más que el periodo anterior, situación que se deba a un aumento en el número de atenciones de urgencia en la APS.

En las tablas siguientes se presentan los costos totales para los años 2011, 2012 y 2013, los costos totales y per cápita por SdS.

**Tabla 5.20: Estimación del costo total en atenciones de urgencia en la APS  
2011-2013 (MM\$ 2013)**

	2011	2012	2013
SAPU (MM\$ 2013)	40.495	44.011	44.845
SUR (MM\$ 2013)	12.543	13.366	13.813
Otros APS MM\$ 2013)	2.472	2.408	2.625
APS total MM\$ 2013)	55.510	59.785	61.283
Variación real %		7,7%	2,5%
APS per cápita	4.279	4.551	4.637
Variación real %		6,4%	1,9%

Fuente: elaboración propia, en base a información recopilada en el trabajo de campo y DEIS MINSAL 2011-2013.

**Tabla 5.21: Estimación del costo total en APS 2011-2013, según SdS**

Servicio de Salud	Estimación costo total (MM\$ 2013)		
	2011	2012	2013
Servicio de Salud Arica	178	187	183
Servicio de Salud Iquique	1.447	1.549	1.594
Servicio de Salud Antofagasta	858	1.023	1.062
Servicio de Salud Atacama	836	791	793
Servicio de Salud Coquimbo	2.717	2.999	3.076
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	1.300	1.392	1.543
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	2.105	2.396	2.364
Servicio de Salud Aconcagua	457	542	509
Servicio de Salud Metropolitano Norte	3.510	3.906	4.139
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	5.524	6.066	6.376
Servicio de Salud Metropolitano Central	1.108	1.374	1.427
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	2.447	2.476	2.443
Servicio de Salud Metropolitano Sur	4.844	4.695	4.593
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	4.686	4.936	4.984
Servicio de Salud Del Libertador B.O'Higgins	2.132	2.445	2.483
Servicio de Salud Del Maule	5.892	6.342	6.763
Servicio de Salud Ñuble	1.351	1.455	1.351
Servicio de Salud Concepción	2.441	2.567	2.587
Servicio de Salud Talcahuano	1.060	1.358	1.413
Servicio de Salud Biobío	1.373	1.504	1.711
Servicio de Salud Araucanía Sur	2.764	2.831	2.842
Servicio de Salud Valdivia	1.585	1.674	1.559
Servicio de Salud Osorno	749	802	859
Servicio de Salud Del Reloncaví	1.694	1.827	1.841
Servicio de Salud Aisén	202	238	234
Servicio de Salud Magallanes	303	324	368
Servicio de Salud Arauco	560	547	585
Servicio de Salud Araucanía Norte	826	933	985
Servicio de Salud Chiloé	560	606	616

Total APS	55.510	59.785	61.283
Límite Inferior (95%)	51.413	55.372	56.759
Límite Superior (95%)	59.595	64.185	65.793

Fuente: elaboración propia, en base a información recopilada en el trabajo de campo y DEIS MINSAL 2011-2013.

**Tabla 5.22: Estimación del costo per cápita en APS 2011-213, según SdS**

Servicio de Salud	Estimación costo per cápita (\$ 2013)		
	2011	2012	2013
Servicio de Salud Arica	1.058	1.090	1.023
Servicio de Salud Iquique	6.647	6.767	6.851
Servicio de Salud Antofagasta	2.468	2.736	2.821
Servicio de Salud Atacama	3.602	3.403	3.401
Servicio de Salud Coquimbo	4.691	5.169	5.226
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	3.219	3.419	3.751
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	2.723	3.112	3.056
Servicio de Salud Aconcagua	2.118	2.509	2.356
Servicio de Salud Metropolitano Norte	5.806	6.011	6.319
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	5.631	6.190	6.526
Servicio de Salud Metropolitano Central	1.783	1.910	1.977
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	3.936	4.159	4.116
Servicio de Salud Metropolitano Sur	5.301	5.087	4.989
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	4.328	4.551	4.575
Servicio de Salud Del Libertador B.O'Higgins	3.068	3.437	3.454
Servicio de Salud Del Maule	6.750	7.433	7.850
Servicio de Salud Ñuble	3.278	3.594	3.320
Servicio de Salud Concepción	5.146	5.309	5.296
Servicio de Salud Talcahuano	3.575	4.549	4.733
Servicio de Salud Biobío	4.081	4.445	4.986
Servicio de Salud Araucanía Sur	4.639	4.710	4.707
Servicio de Salud Valdivia	4.849	5.281	4.919
Servicio de Salud Osorno	3.686	3.924	4.149
Servicio de Salud Del Reloncaví	4.967	5.698	5.657
Servicio de Salud Aisén	2.813	3.107	2.980
Servicio de Salud Magallanes	2.658	2.661	3.040
Servicio de Salud Arauco	3.810	3.618	3.796
Servicio de Salud Araucanía Norte	4.700	5.348	5.582
Servicio de Salud Chiloé	3.821	4.106	4.160
<b>Total APS</b>	<b>4.279</b>	<b>4.551</b>	<b>4.637</b>
Límite Inferior (95%)	3.963	4.215	4.294
Límite Superior (95%)	4.594	4.886	4.978

Fuente: elaboración propia, en base a información recopilada en el trabajo de campo y DEIS MINSAL 2011-2013.

El costo en APS per cápita promedio del año 2013 ascendió a \$4.637. Siendo el Servicio de Salud del Maule el de mayor costo promedio \$7.850 y el Servicio de Salud de Arica el de menor costo promedio \$1.023. Cabe destacar que las diferencias que se presentan entre los distintos servicios de salud se pueden justificar sólo por diferencias en la cantidad de prestaciones per cápita.

#### **V.1.1.6 Estimación del gasto nacional de la RdU 2011-2013.**

Al agregar los gastos en UEH, camas críticas, SAMU y urgencia en APS, se estima que el gasto nacional de la red de urgencia para el año 2013 ascendería a \$667.762 millones en moneda del 2013 (con un intervalo de confianza al 95% de \$583.815 millones y \$751.692 millones). Así mismo, la producción valorada a costos del año 2013 habría aumentado un 4% real entre los años 2011 y 2012 y un 3,6% real entre los años 2012 y 2013.

Este último aumento se explica principalmente por un aumento en la cantidad de atenciones de las UEH y en la APS, que fueron capaces de contrarestar la reducción en la cantidad de días camas críticas y en las atenciones del SAMU.

En las tablas siguientes se presentan: los costos totales para los años 2011, 2012 y 2013 y costos totales por SdS.

**Tabla 5.23: Estimación del gasto de la RdU 2011-2013 (MM\$ 2013)**

	2011	2012	2013
UEH	322.732	326.418	318.559
Camas críticas	252.460	261.122	266.037
SAMU	13.763	23.012	21.961
APS	55.510	59.785	61.283
Total	644.465	670.337	667.840
Variación real %		4,0%	3,6%

Fuente: elaboración propia, en base a información recopilada en el trabajo de campo, DEIS MINSAL 2011-2013 y WINSIG 2011-2013.

**Tabla 5.24: Estimación del gasto total de la RdU 2011-2013 por SdS (MM\$ 2013)**

Servicio de Salud	Estimación costo total (\$ millones 2013)		
	2011	2012	2013
Servicio de Salud Arica	7.629	8.627	8.657
Servicio de Salud Iquique	10.347	10.967	12.149
Servicio de Salud Antofagasta	18.097	18.214	19.916
Servicio de Salud Atacama	10.657	10.919	11.197
Servicio de Salud Coquimbo	26.429	28.119	27.598
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	30.299	30.114	29.051
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	35.118	36.392	37.176
Servicio de Salud Aconcagua	11.491	13.015	13.242
Servicio de Salud Metropolitano Norte	31.640	32.576	32.614
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	46.476	47.204	46.343
Servicio de Salud Metropolitano Central	34.464	36.219	35.865
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	40.164	40.252	37.324

Servicio de Salud Metropolitano Sur	51.188	51.351	49.195
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	45.579	46.506	43.629
Servicio de Salud Del Libertador B.O'Higgins	29.660	31.018	32.043
Servicio de Salud Del Maule	33.216	33.139	34.762
Servicio de Salud Ñuble	17.591	17.193	17.283
Servicio de Salud Concepción	31.295	33.466	33.023
Servicio de Salud Talcahuano	15.739	18.007	18.620
Servicio de Salud Biobío	15.461	16.725	16.719
Servicio de Salud Araucanía Sur	29.757	33.502	32.069
Servicio de Salud Valdivia	12.109	12.459	12.557
Servicio de Salud Osorno	10.053	11.179	10.967
Servicio de Salud Del Reloncaví	16.123	16.477	17.679
Servicio de Salud Aisén	6.733	6.432	6.392
Servicio de Salud Magallanes	9.719	9.503	9.860
Servicio de Salud Arauco	2.573	2.464	2.549
Servicio de Salud Araucanía Norte	9.102	11.683	12.525
Servicio de Salud Chiloé	5.754	6.612	6.758
<b>Total APS</b>	<b>644.465</b>	<b>670.337</b>	<b>667.840</b>
Límite Inferior (95%)	564.352	585.900	583.815
Límite Superior (95%)	724.562	754.757	751.692

Fuente: elaboración propia, en base a información recopilada en el trabajo de campo, DEIS MINSAL 2011-2013 y WINSIG 2011-2013.

Análogamente, el gasto per cápita nacional de la red de urgencia para el año 2013 ascendería a \$50.523 de pesos del 2013 (con un intervalo de confianza al 95% de \$44.172 y \$56.873). Así mismo la producción per cápita, valorada a costos del año 2013 habría aumentado un 2,7% real entre los años 2011 y 2012 y disminuido un 1% real entre los años 2012 y 2013. En las tablas siguientes se presentan los costos per cápita para los años 2011, 2012 y 2013 y los costos per cápita por servicio de salud.

**Tabla 5.25: Estimación del gasto per cápita de la RdU 2011-2013 (\$ 2013)**

	2011	2012	2013
UEH	24.879	24.848	24.102
Camas críticas	19.462	19.877	20.128
SAMU	1.061	1.752	1.662
APS	4.279	4.551	4.637
<b>Total</b>	<b>49.681</b>	<b>51.028</b>	<b>50.529</b>
Variación real %		2,7%	-1,0%

Fuente: elaboración propia, en base a información recopilada en el trabajo de campo, DEIS MINSAL 2011-2013 y WINSIG 2011-2013.

**Tabla 5.26: Estimación del gasto per cápita de la RdU 2011-2013, según SdS (\$ 2013)**

Servicio de Salud	Estimación costo per cápita (\$ 2013)		
	2011	2012	2013
Servicio de Salud Arica	45.391	50.354	48.438

Servicio de Salud Iquique	47.540	47.924	52.234
Servicio de Salud Antofagasta	52.034	48.710	52.921
Servicio de Salud Atacama	45.917	46.970	48.045
Servicio de Salud Coquimbo	45.633	48.465	46.884
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	75.032	73.971	70.642
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	45.438	47.273	48.058
Servicio de Salud Aconcagua	53.266	60.240	61.316
Servicio de Salud Metropolitano Norte	52.335	50.130	49.793
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	47.376	48.169	47.428
Servicio de Salud Metropolitano Central	55.454	50.355	49.665
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	64.585	67.615	62.875
Servicio de Salud Metropolitano Sur	56.011	55.628	53.438
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	42.100	42.876	40.044
Servicio de Salud Del Libertador B.O'Higgins	42.675	43.600	44.566
Servicio de Salud Del Maule	38.058	38.838	40.348
Servicio de Salud Ñuble	42.668	42.461	42.457
Servicio de Salud Concepción	65.979	69.223	67.595
Servicio de Salud Talcahuano	53.071	60.317	62.359
Servicio de Salud Biobío	45.968	49.429	48.715
Servicio de Salud Araucanía Sur	49.938	55.738	53.107
Servicio de Salud Valdivia	37.052	39.306	39.629
Servicio de Salud Osorno	49.497	54.701	52.981
Servicio de Salud Del Reloncaví	47.275	51.405	54.326
Servicio de Salud Aisén	93.917	83.981	81.569
Servicio de Salud Magallanes	85.247	77.942	81.569
Servicio de Salud Arauco	17.504	16.298	16.541
Servicio de Salud Araucanía Norte	51.778	66.973	71.012
Servicio de Salud Chiloé	39.229	44.796	45.641
<b>Total APS</b>	<b>49.681</b>	<b>51.028</b>	<b>50.523</b>
Límite Inferior (95%)	43.505	44.601	44.172
Límite Superior (95%)	55.856	57.455	56.873

Fuente: elaboración propia, en base a información recopilada en el trabajo de campo, DEIS MINSAL 2011-2013 y WINSIG 2011-2013.

El costo per cápita promedio de la Rdu en el año 2013 ascendió a \$50.523. Siendo los SdS de Aysén y Magallanes los de mayor costo promedio \$81.569 cada uno y el de Arauco el de menor costo promedio, \$16.541. Cabe destacar que las diferencias que se presentan entre los distintos servicios de salud se pueden justificar por diferencias en la cantidad de prestaciones per-cápita y por diferencias en la distribución de las mismas según componente de la RDU.

## **V.2. Identificación y análisis de los mecanismos e incentivos asociados a la asignación y transferencia de recursos, modalidades de pago y recuperación de costos**

El objetivo de la sección es analizar los criterios y modalidades que se utilizan para la asignación/transferencia de recursos según corresponda: i) entre los distintos componentes de la Red, ii) entre regiones/Municipios/Servicios de Salud, iii) al interior de cada componente de la Red. Asimismo, se evaluarán los mecanismos de pago y los incentivos que éstos generan en el organismo o unidad a cargo de la provisión de los servicios que ofrece cada componente de la RdU.

### **V.2.1. Modelo de financiamiento y flujos**

El modelo de financiamiento se construirá función del mapa de red definido en el capítulo III y a partir de los resultados de las entrevistas con encargados de finanzas de los establecimientos/Servicios de la muestra se identificarán los flujos financieros existentes actualmente.

### **V.2.2. Flujos financieros**

#### **Atención Primaria**

Los servicios de urgencia en la atención primaria reciben su financiamiento principalmente a través de las transferencias realizadas por el FONASA, establecidas en la Ley de Presupuestos (Partida 16, Capítulo 02, Programa 02, Glosa 01), a través del ítem 24. Estas transferencias son realizadas desde el FONASA a los distintos SdS del SNSS, los cuales las distribuyen a los establecimientos de dependencia municipal o del mismo Servicio de Salud.

En el caso de los establecimientos de dependencia municipal, los recursos son transferidos mensualmente desde los Servicios hacia las municipalidades con cargo al subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes Ley 19.378"<sup>150</sup>. Adicionalmente, los establecimientos de atención primaria municipal podrían recibir financiamiento de la propia Municipalidad.

En el caso de los establecimientos de atención primaria dependientes del mismo servicio, el gasto del programa se imputa a los subtítulos 21, 22 y 29 del presupuesto del Servicio, según corresponda.

#### **Atención Secundaria y Terciaria**

Los establecimientos de atención secundaria y terciaria (Hospitales, CRS, CDT, etc.) reciben su financiamiento principalmente de las transferencias realizadas por FONASA, a través de los programas de Prestaciones Valoradas (Partida 16, Capítulo 02, Programa 03 de la Ley de Presupuestos) y de Prestaciones Institucionales (Partida 16, Capítulo 02, Programa 04) los que son imputados al ítem 24 "Transferencias Corrientes". Estas transferencias son realizadas desde el FONASA a los distintos SS, los cuales las distribuyen a los establecimientos de su dependencia.

---

<sup>150</sup> Subsecretaría de Redes Asistenciales. Resolución Exenta N° 1152 de 19 de noviembre de 2014.

### V.2.3. Mecanismos de pago

#### Marco teórico

En el sector salud, los mecanismos de pago corresponden a la forma en que los seguros de salud, como financiador de las atenciones entregadas a la población, transfiere recursos a los prestadores de dichas atenciones, ya sean públicos o privados.

Los distintos mecanismos de pago generan incentivos que afectan la forma en la que los prestadores de salud se comportan y por ello han sido objeto de amplio estudio por parte de los economistas de la salud. En general, los mecanismos de pago pueden ser clasificados en los siguientes tipos<sup>151</sup>:

- **Presupuesto histórico:** el financiador paga al prestador en función de su gasto en el periodo anterior, más algún ajuste por inflación. En consecuencia, es un pago independiente de la actividad y los costos efectivos, por lo que tiende a incentivar la menor provisión de servicios. Además, incentiva a gastar todo lo asignado y, por lo tanto, incentiva la ineficiencia.
- **Pago por servicio o por acto:** el financiador paga un monto predeterminado por cada atención entregada. Por ello, dado que la unidad de pago es el servicio o acto, se puede generar un incentivo en el proveedor para aumentar el número de actos con el fin de recibir mayor compensación económica, es decir, con ello se puede favorecer la maximización de actos médicos realizados o la inducción de la demanda.
- **Pago por caso (case-mix):** el financiador paga un monto preestablecido por cada caso o diagnóstico específico, independientemente de las acciones que se ejecuten en un caso en particular. De esta forma se busca asegurar la eficiencia en el tratamiento de cada caso, evitando la realización de atenciones innecesarias. Sin embargo, también se pueden generar algunos incentivos negativos, como el rechazo de pacientes más complejos dentro de un mismo diagnóstico (que puedan resultar más costosos que el promedio) o la no entrega de algunos servicios que puedan ser necesarios. Dentro de este tipo se encuentran los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), que toman en cuenta la complejidad de cada caso, de forma de minimizar los incentivos negativos mencionados.
- **Pago capitado (per-cápita):** el financiador paga al prestador por cada persona inscrita dentro de una población que el prestador debe atender. De esta forma, se busca incentivar las acciones preventivas, ya que estas implicarían una menor demanda de atenciones y, en consecuencia, un menor gasto. Potenciales problemas de este mecanismo son el incentivo a derivar los pacientes al siguiente nivel de atención y a rechazar la inscripción de pacientes con mayor riesgo de demandar atenciones, como ancianos y enfermos crónicos.

Pese a que el tema de los mecanismos de pago ha sido ampliamente estudiado, muy poco se ha escrito sobre la aplicación de estos principios en el contexto de la atención de

---

<sup>151</sup> Barnum, Howard, Joseph Kutzin, and Helen Saxenian. "Incentives and provider payment methods." The International journal of health planning and management 10.1 (1995): 23-45.

urgencia<sup>152</sup>. En efecto, los mecanismos de pago pueden generar distintos incentivos dependiendo del modelo de gestión y la estructura de costos del prestador, por lo que en el contexto de la atención de urgencia se deben tener en cuenta sus características particulares, entre ellas:

- **Atención permanente (24/7)**, lo que implica mantener operando el establecimiento incluso cuando el volumen de atención esperado es muy bajo. Por esta razón, pagos que dependan solo del volumen de atención podrían generar problemas de financiamiento.
- **Demandas espontáneas**, lo que por una parte impide optimizar el uso de recursos mediante la programación de las actividades, pero, por otro lado, disminuye el espacio para la inducción de demanda.

## V.2.4. Mecanismos de pago utilizados en la Rdu

### V.2.4.1. Análisis de Diseño

La gestión financiera del FONASA describe la relación que existe entre el seguro de salud y los actores externos involucrados. Por ejemplo, la relación con la red de prestadores, donde se deben definir los mecanismos de pago a utilizar en la Modalidad Libre Elección (MLE) en la Red Privada de Salud y en la Modalidad Atención Institucional (MAI) en la Red Pública, además de considerar los mecanismos de control presupuestario a ejercer sobre los SdS.

A continuación se describirán los mecanismos de pago según niveles de atención y modalidades de atención.

#### Atención Primaria de Salud

La transferencia de recursos para la APS se encuentra regulada en la Ley de Presupuestos del Sector Público. Esta consiste en un **mecanismo de pago per-cápita**<sup>153</sup>, el cual manda al MINSAL, por intermedio de las municipalidades correspondientes, a financiar determinadas acciones de salud de atención primaria de acuerdo a la población beneficiaria, por un precio estipulado por el mismo Ministerio de Salud en referencia a una canasta de prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar (PSF)<sup>154</sup>.

El PSF considera un perfil epidemiológico y demográfico representativo de la población chilena, de acuerdo a parámetros de cobertura y de rendimientos asociados al personal médico y no médico que trabaja en los distintos establecimientos de la atención primaria, estableciendo un precio unitario homogéneo denominado "Per-Cápita Basal" el cual se refiere a un aporte básico, unitario y homogéneo por beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de APS de cada comuna, que corresponde a la población

---

<sup>152</sup> Monitor & NHS England: Reimbursement of urgent and emergency care: options for reform. August 2014. (<https://www.gov.uk/government/consultations/reimbursement-of-urgent-and-emergency-care-options-for-reform>).

<sup>153</sup> Artículo 49 de Ley N°19.378.

<sup>154</sup> El Plan de Salud familiar considera los distintos Programas de Salud, tales como Programa de Salud del Niño, del Adolescente, del Adulto y Adulto Mayor, de la Mujer, Odontológico, y la mayor parte de las Garantías Explicitas otorgadas en el nivel de APS. Para el año 2012 la Cartera incluye 96 prestaciones.

certificada (inscrita y validada) en ella y definida en octubre del año anterior al que comienza a regir el decreto con los aportes correspondientes. Dentro de los parámetros que se consideran para su implementación, se encuentra el nivel socioeconómico de la población potencialmente beneficiaria, contemplando en este criterio a comunas con diferentes grados de pobreza, ruralidad y la población potencialmente beneficiaria de 65 años y más de las comunas adscritas al sistema<sup>155</sup>.

Además de los mecanismos descritos, la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se imparten con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

En particular esta disposición se utiliza para transferir recursos a las municipalidades para financiar los dispositivos de atención de urgencia (SAPU y SUR) de la atención primaria.<sup>156</sup> En el marco definido en la sección precedente este financiamiento se clasificaría dentro de la categoría pago por presupuesto histórico.

## **Atención Secundaria y Terciaria**

### **Pago Modalidad Atención Institucional (MAI)**

Para los niveles de atención secundaria y terciaria de mayor complejidad asistencial, que abordan la atención de los pacientes derivados desde el nivel primario de atención a especialistas en fases de diagnóstico y tratamiento por incapacidad resolutiva y que están estrechamente relacionados con los Servicios Clínicos de los Hospitales, establecimientos con condiciones para realizar acciones bajo régimen de atención cerrada (hospitalización) en la Modalidad de Atención Institucional (MAI), existen otros mecanismos de pago asociados que pasaremos a comentar a continuación.

Existe la modalidad de compra a través del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), el que está estructurado anualmente por distintas canastas de prestaciones valoradas que son costeadas por FONASA y negociadas en número con los Servicios de Salud en los Compromisos de Gestión<sup>157</sup>, teniendo como referente de precio el Arancel de las PPV del año. Mensualmente se liquidan las que fueron realizadas en un hospital, las cuales deben ser monitoreadas en su cumplimiento mensualmente para que sean pagadas como producción del mismo Hospital. El PPV cuenta con varios componentes, siendo los principales el programa GES, el programa de prestaciones complejas y el programa de urgencias y rescate prehospitalario.

---

<sup>155</sup> Ley de Presupuestos del Sector Público, Partida 16, capítulo 02, Programa 02 de Atención Primaria.

<sup>156</sup> Otros programas financiados por esta vía son Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Programa de Alimentaciones Complementarias (PNAC), Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM), entre otros.

<sup>157</sup> Los compromisos de gestión son las herramientas que comprometen la ejecución de metas y acciones, para alcanzar los objetivos planteados por los lineamientos estratégicos del modelo de atención y gestión integral de las Redes Asistenciales y son suscritos entre los SdS, en representación de su Red de Atención, y la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Cabe señalar que las atenciones de urgencia que surgen de patologías GES son remuneradas, como todas las atenciones GES, mediante PPV.

**Tabla 5.27: Ejecución Programa de Prestaciones Valoradas 2014 a nivel nacional**

Programa	Compromiso inicial 2014		Reprogramación 2014		Ejecución 2014	
	Nº	M\$	Nº	M\$	Nº	M\$
G.E.S.	23.605	5.522.089	24.235	5.482.326	24.951	5.610.875
Complejas	1.496	1.006.062	1.832	1.059.250	1.732	1.118.613
Urgencia	1.700	145.758	1.889	161.963	1.707	146.358
Otros Programas	70	33.451	36	17.203	66	31.539
Total	26.871	6.707.360	27.992	6.720.742	28.456	6.907.385

Fuente: elaboración propia en base a información del FONASA.

Otro mecanismo de pago de prestaciones es el **Programa de Prestaciones Institucionales** (PPI), el cual consta con los recursos orientados a la ejecución del resto de las actividades y programas desarrollados por los establecimientos asistenciales que no se encuentren incorporados en el PPV, es financiado mediante presupuestos históricos donde FONASA no tiene ninguna injerencia real en la asignación bajo éste mandato. En el caso de las Unidades de Urgencia Hospitalarias, pese a que dentro de las prestaciones valoradas está considerada la “atención integral de urgencia”, todos los procedimientos quirúrgicos, exámenes de laboratorio e imagenología que no están considerados dentro de estos paquetes, ni tampoco dentro de las prestaciones GES o complejas son remunerados a través de PPI<sup>158</sup>.

Para el caso del PPI (presupuesto histórico) existen algunos defectos en el financiamiento de éste programa tales como la desvinculación con objetivos e impactos sanitarios esperados, incoherencia entre transferencia de recursos y desempeño, calidad y eficiencia de los SdS, inconsistencia entre oferta y demanda lo cual genera listas de espera que posteriormente derivan en falta de acceso a la salud e insatisfacción usuaria<sup>159</sup>.

Actualmente, por la vía del PPV se gasta cerca del 50% del total del gasto hospitalario y se incentiva su aumento.

**Tabla 5.28: Presupuesto Devengado FONASA por Mecanismo de Pago (Millones de \$ de 2013)**

	2009	2010	2011	2012	2013	Variación real 2009 al 2013
Atención Primaria	536.020	623.933	749.058	881.728	998.765	86%
Programa Prestaciones Valoradas	643.797	699.164	654.368	1.053.611	1.243.489	93%
Programas Prestaciones Institucionales	884.052	995.038	1.219.741	1.019.393	1.237.642	40%
Total	2.063.869	2.318.134	2.623.167	2.954.732	3.479.896	69%

Fuente: elaboración propia en base a Boletines Estadísticos del FONASA.

<sup>158</sup> Ibern, P. et. al. (2009). Sistema de pago de las urgencias. Informe para FONASA-Ministerio de Salud. Universidad Pompeu Fabra.

<sup>159</sup> IAS (2013). Informe Final Evaluación del Gasto Institucional del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

## V.2.4.2. Resultados de la encuesta sobre mecanismos de pago

### Atención Primaria

En la Atención primaria se entrevistó a los Directores de Salud Comunal. Las respuestas al instrumento aplicado se encuentran en el Anexo de Entrevistas.

Los SAPU y SUR son financiados principalmente mediante convenios con los Servicios de Salud (financiamiento a la oferta). En algunas comunas el monto entregado por el SS es complementado por la Municipalidad. No se tuvo acceso a los convenios ni a datos históricos de este financiamiento.

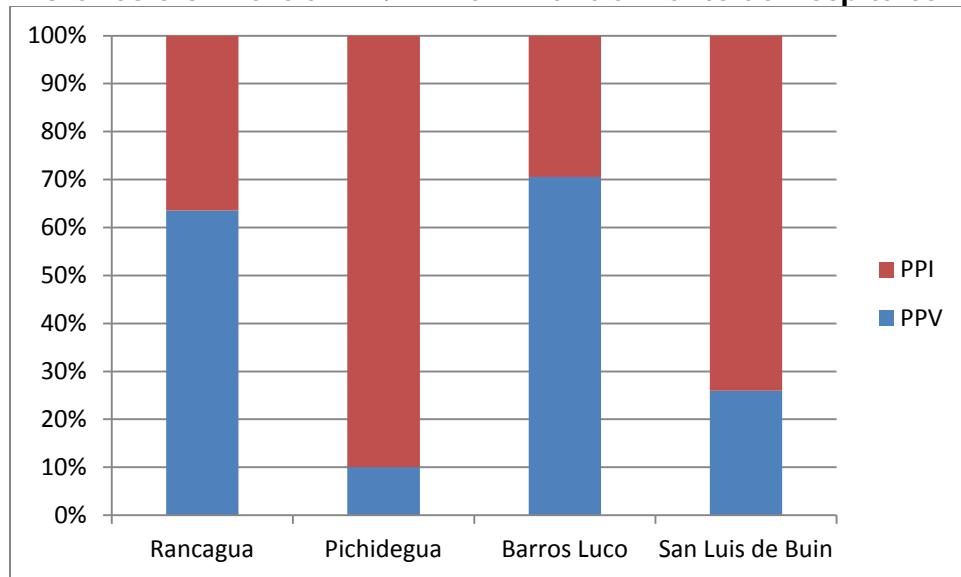
En opinión de los encuestados, este sistema de financiamiento no entrega ningún incentivo particular, ya que está fuera del financiamiento per cápita del resto de la atención primaria.

### Atención Secundaria y Terciaria

En la atención secundaria y terciaria se entrevistó a los Subdirectores Administrativos (SDA) de los Hospitales y de los Servicios de Salud de la muestra. Las respuestas al instrumento aplicado se encuentran en el Anexo de Entrevistas.

Respecto a la composición de la mezcla PPI/PPV del financiamiento de los hospitales no se contó con datos duros para el periodo en evaluación, sino solo con estimaciones y valores puntuales entregados por los encuestados en la misma entrevista, los que se muestran en el gráfico siguiente. Como se puede apreciar, la participación de cada mecanismo de pago varía enormemente entre hospitales, siendo preponderante el PPV en los hospitales de mediana y alta complejidad el PPI en los de baja complejidad.

**Gráfico 5.5: Mezcla PPI/PPV en financiamiento de Hospitales**



Fuente: Valores declarados por los SDA encuestados.

Existe una opinión dividida entre los encuestados respecto a si los valores de las prestaciones PPV cubren o no el costo. La percepción de algunos SDA es que esto se cumpliría, mientras que otros consideran que las prestaciones estarían subvaloradas. Sin embargo la gran mayoría no cuenta con estudios que puedan avalar su posición.<sup>160</sup>

Bajo estas circunstancias, lo esperable sería que el pago PPV incentivara la ejecución de prestaciones cuyo valor está por sobre los costos y desincentivara aquellas en las que ocurre lo contrario. Sin embargo, el uso del PPI como una variable de ajuste diluye esos incentivos, haciendo que la administración del hospital actúe como si recibiera un financiamiento por presupuesto.

A nivel de las unidades clínicas (en nuestro caso UEH y UPC) el incentivo es aún menor, ya que los recursos de la unidad son independientes de la mezcla PPI/PPV de las atenciones que realiza.

Lo que sí se reconoce como incentivo son los convenios de gestión asociados a las PPV. Estos convenios son monitoreados por la Subdirección Médica y no la SDA, lo que refuerza la idea de que es el convenio en sí, y no el pago el que da el incentivo. Sin embargo esto no aplica a las atenciones de urgencia, las que no están contenidas en los convenios, justamente por ser *no programables*.

#### **V.2.5. Recuperación de costos**

El objetivo de esta sección es analizar y evaluar las relaciones entre la "RdU" y el sector privado. En particular, interesa el análisis del modelo de recuperación de costos de la atención otorgada a beneficiarios de seguros de salud privados (ISAPRE, Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, Seguro Obligatorio de Accidentes Personales, de Tránsito, y Seguro de Accidentes Escolares), entre otras alternativas de interacción entre el sector público y privado en el tema de urgencia.

##### **V.2.5.1. La venta y recuperación de costos por atenciones de asegurados de ISAPRE en la RdU del Sistema Nacional de Servicios de Salud**

###### **Algunos antecedentes de pacientes de ISAPRE: Consultas Médicas Ambulatorias, Egresos Hospitalarios y Urgencias**

###### **Consultas Médicas Ambulatorias**

El total de Consultas Médicas Ambulatorias realizadas el año 2012 por el Sector Público a beneficiarios del sistema ISAPRE fue de 520.768, con un monto de facturación de M\$8.077<sup>161</sup>.

Esta cifra representa una tasa de consulta en relación a los beneficiarios del sistema ISAPRE de 17%, porcentaje que se mantiene para el año 2013.

---

<sup>160</sup> En todo caso, esta Consultora no tuvo acceso a ninguno de estos estudios.

<sup>161</sup> Superintendencia de Salud.

El total de Consultas Médicas Ambulatorias, equivale a un 2,7% del total de consultas realizadas por el Sistema Público en el año 2012<sup>162</sup>.

No es posible diferenciar, entre consultas de urgencia o electivas. A pesar de no disponer de más años para comparar, es posible concluir que el número es bajo y la facturación poco relevante en relación a los montos que maneja el sector público en general.

En el caso de la consulta integral de urgencia, los pacientes que no son beneficiarios Fonasa, tanto en las UEH como en la Atención Primaria, deben pagar el valor íntegro como particular, para después reembolsar en su ISAPRE y/o seguro complementario, según corresponda.

### **Egresos Hospitalarios**

En relación con los egresos hospitalarios, del total de egresos de beneficiarios del sistema ISAPRE desde Prestadores Públicos y Privados, se puede apreciar una tasa de egresos de pacientes beneficiarios de ISAPRE desde prestadores públicos de 9% en el 2010 hasta un 7% en el año 2013.

Por otra parte, existe diferencia entre regiones y la Metropolitana ya que este porcentaje es variable, dependiendo de la concentración de recursos de mayor complejidad y número de especialistas. En regiones, los establecimientos asistenciales privados no cuentan con un nivel superior de complejidad, llámeselo intensivo, tanto en adulto, pediatría o neonatología<sup>163</sup>.

Según estudios realizados por la Superintendencia de Salud en el año 2014, en regiones un 9% de los asegurados de ISAPRE se atiende en hospitales públicos y en la RM sólo un 5%<sup>164</sup>.

De acuerdo a información de la Superintendencia de Salud para el período 2010 - 2013, las causas más frecuentes de Egresos hospitalarios son:

- a. Tumores (neoplasias, CIE 10, Capítulo II) con un 14% de los egresos.
- b. Embarazo, Parto y Puerperio (CIE 10, capítulo XV) con un 11% de los egresos.
- c. Enfermedades del Sistema Digestivo (CIE 10, Capítulo XI), con un 11%.
- d. Enfermedades del Sistema Genitourinario, con un 10% de los egresos.

Esta distribución se observa estable en el período.

No existen registros que permitan discriminar si estos egresos se originaron en atención de urgencia o por la vía electiva.

---

<sup>162</sup> DEIS MINSAL 2012. Atenciones Médicas.

<sup>163</sup> Según el informe Clínicas de Chile A.G. (2013): "Dimensionamiento del Sector de Salud Privado en Chile: Actualización a Cifras del Año 2012", el 47% de la infraestructura clínica no pública se concentra en la RM.

<sup>164</sup> Ver en Superintendencia de Salud (2014): "Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud, Reforma y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud". DATA VOZ.

Según lo referido por nuestros entrevistados en los correspondientes hospitales, en el caso de hospitalización los beneficiarios de ISAPRE cancelan su atención y/o firman un pagaré. La cuenta se cobra a la ISAPRE respectiva, que se demora del orden de 30 a 45 días en pagar.

Los montos cobrados a pacientes particulares e ISAPRE corresponden a ingresos propios del hospital, por lo que no pasan por el presupuesto de la Dirección de Servicio respectivo. Sin embargo los entrevistados señalan que los montos no son relevantes para la gestión, por lo que no existen registros detallados de estas cuentas.

#### **V.2.5.2. La venta y recuperación de costos por atenciones de asegurados del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP)**

El SOAP es un seguro obligatorio que otorga cobertura en caso de muerte y por las lesiones corporales que sean consecuencia directa de accidentes en los cuales intervenga el vehículo asegurado. Este seguro es contratado por todo propietario de un vehículo motorizado al momento de adquirir su Permiso de Circulación<sup>165</sup>.

Este seguro cubre los gastos médicos relativos a la atención pre-hospitalaria y el transporte sanitario, la hospitalización, la atención médica, quirúrgica, dental, prótesis, implantes, los gastos farmacéuticos y de rehabilitación de las víctimas.

El SOAP tiene preferencia frente cualquier otra prestación cubierta por una ISAPRE o FONASA u otro seguro complementario de salud o accidente. Esto quiere decir que los establecimientos deben cobrar primero el SOAP y después al seguro de salud previsional al cual pertenece la persona. El monto máximo que se puede destinar a gastos médicos hospitalarios es hasta 300 UF (nivel 03 del FONASA).

Algunos establecimientos tienen personal dedicado al cobro de este seguro. Las compañías aseguradoras demoran entre 30 y 90 días en el pago de las facturas.

Al igual que para los montos cobrados a pacientes particulares e ISAPRE, los entrevistados señalan que los montos no son relevantes para la gestión, por lo que en general no existen registros detallados de estas cuentas.

#### **V.2.6. Compra de servicios al Extrasistema**

##### **V.2.6.1 Compra de días camas integrales**

Dentro del Programa de Compras a Privados (PCP), existe un componente que es la **Compra de Camas Integrales**, entendiéndose por tales a camas de intensivo, intermedio y de pacientes agudos. Dentro de esta categoría, es posible que los hospitales públicos deriven a pacientes asegurados del FONASA desde su servicio de urgencia hacia establecimientos no dependientes del SNSS por no contar con la cama crítica para la atención de dichos pacientes.

---

<sup>165</sup> Para más detalles ver <http://www.svs.cl/educa/600/w3-propertyvalue-565.html>.

Esto lo realizan en forma directa y a través de la UGCC, dependiente de la División de Gestión de Redes Asistenciales y parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

La compra de camas se enmarca dentro del objetivo estratégico del FONASA, que es *"Reducir la brecha de demanda – oferta a través de la compra a privados de prestaciones priorizadas de salud que genera insuficiente oferta del sector público, mejorando la oportunidad en la entrega de éstas"*<sup>166</sup>.

Las compras de camas se realizan a través de Mercado Público<sup>167</sup>; a veces por medio de Convenio Marco y excepcionalmente por trato directo.

### **Beneficiarios del sistema y uso**

Tienen derecho a acceder a este sistema todos los pacientes beneficiarios de FONASA que se encuentran en un hospital público, generalmente en Urgencia, y que por falta del recurso cama, el médico tratante decide trasladar.

El número de pacientes que se han derivado diariamente entre los años 2010, 2011 y 2012 era un promedio de 20 solicitudes de búsqueda de cama, número que varía según estacionalidad, el máximo se observa en época invernal.

De acuerdo a la información entregada por la UGCC de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL, el año 2013 este promedio diario aumentó a 25 diarias.

### **Cobertura del programa para los años 2010 al 2012**

Durante el periodo comprendido entre el 01 de enero del 2010 al 31 de marzo del 2013 se generaron **27.140** solicitudes de búsqueda de cama, de las cuales **18.106 (67%)** terminaron como exitosas, es decir se encontró una cama ya sea pública o privada.

**5.29: Derivaciones exitosas UGCC por año (2013 año incompleto)**

Tipo de destino	2010	2011	2012	2013	Total
Privado	2.834	3.508	3.361	853	10.556
Público	2.880	1.627	2.457	586	7.550
<b>Total</b>	<b>5.714</b>	<b>5.135</b>	<b>5.818</b>	<b>1.439</b>	<b>18.106</b>

Fuente: UGCC, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

Sin embargo, en igual período existieron 9.034, (33%) derivaciones nulas y que fueron canceladas por distintos motivos, algunos atribuibles al paciente y otros al recurso cama. La principal causa de la anulación es que casi un 48% finalmente se queda en su Hospital de origen donde inicialmente solicitó la búsqueda de cama.

<sup>166</sup> DIPRES (2013): "Informe Final Programa Compra a Privados del Programa de Prestaciones Valoradas". Susana Pepper, Karina Sepúlveda Alfaro y Jaime Campos Gutiérrez.

<sup>167</sup> Ley 19.886. Bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios.

El tiempo que toma encontrar una cama para traslado de un paciente es aproximadamente 1,16 horas y el tiempo promedio de traslado es de 3 horas, dependiendo de la disponibilidad de ambulancia. No existe un rango mínimo ni máximo establecido, el objetivo es encontrar una cama por lo que esta gestión en casos puntuales a veces puede demorar bastante tiempo más, incluso días.

Los Diagnósticos más frecuentes que constituyen motivo de traslado son IAM-SCA, TIA Ave Isquémico, TEC, Distres en RN y Síntomas de parto prematuro.

De las derivaciones que fueron al sector privado, el **94,1%** tienen como destino clínicas en convenio y en 46 casos (5,9%) fueron a clínicas sin convenio por falta de disponibilidad de recurso cama, lo cual queda registrado en las observaciones de cada derivación. Entre dichas establecimientos se encuentran la Clínica Alemana (26%), Clínica Las Lilas (26%) y Clínica INDISA (15%), las que concentraron dos tercio de las derivaciones en comento.

Cabe señalar que adicionalmente a la UGCC los Servicios de Salud pueden contar con convenios con clínicas privadas a través del DFL 36/1980 para la compra de días cama.

#### V.2.6.2. Ley de Urgencia

Para la Modalidad Libre Elección (MLE), el asegurado elige libremente al profesional y/o entidad, del sector público o privado, que se encuentre inscrito en el Rol de FONASA, haya celebrado convenio con éste y otorgue las prestaciones que se requieran. En el caso de la RdU, la MLE se encuadra en el marco de la Ley de Urgencias (Ley 19.650).

Para esto el FONASA cuenta con el mecanismo denominado Pago Asociado a Atención de Emergencia (PAE)<sup>168</sup>. El PAE cuenta con 11 niveles de acuerdo a la complejidad de la atención, los que se muestran en el Anexo 5<sup>169</sup>.

De acuerdo a la Ley de Urgencias, una vez que el paciente FONASA ha sido estabilizado, debe ser trasladado a un establecimiento de la red pública<sup>170</sup>. Sin embargo, en muchos casos no existe cupo en los establecimientos públicos, debiendo permanecer el paciente hospitalizado en el centro asistencial privado. El costo de este periodo de tiempo es asumido por el FONASA y se denomina Rebate<sup>171</sup>.

El Rebate se refiere a la situación de un paciente que consulta en una clínica privada por una patología de urgencia, que es considerada urgencia vital por el médico de turno de urgencia de la clínica privada. Dada esta clasificación, recibe indicación de ser hospitalizado y estabilizado. Una vez estabilizado y habiendo el paciente adoptado la Modalidad de Atención Institucional, el caso debe ser informado al FONASA, para ser trasladado a su Hospital público de referencia.

---

<sup>168</sup> FONASA (2014): "Principales Cambios Arancel 2014".

<sup>169</sup> Hasta 2013 existían 5 niveles, los que fueron analizadas según comportamiento de cobro y asociación al gasto efectivo, por lo que se incluyeron 6 nuevas prestaciones.

<sup>170</sup> El paciente podría optar por continuar su tratamiento en el establecimiento privado, pero en ese caso deberá cancelar el costo de la atención de su bolsillo o, si el establecimiento tiene convenio con FONASA, mediante la modalidad de MLE como una atención electiva (no urgencia).

<sup>171</sup> Ibern, P. (2013).

Si el hospital público no tiene disponibilidad de cama que el paciente necesita, que por lo general es cama crítica, el paciente deberá permanecer en el establecimiento privado para su tratamiento y recuperación, debiendo ser responsabilidad del Servicio de Salud y Hospital de referencia el rescate de este paciente cuando tenga la cama requerida disponible.

Si el paciente no es rescatado, el FONASA deberá cancelar la cuenta de la clínica privada donde el paciente ingresó por Ley de Urgencia y terminó siendo atendido en el ciclo completo de su enfermedad.

Los montos de estas cifras se presentan en la siguiente tabla.

**Tabla 5.30: Recursos destinados al Rebase**

Año	Monto M\$ 2013
2009	12.493.371
2010	7.658.607
2011	10.343.825
2012	7.834.189
2013	10.535.322
2014 (*)	28.191.872

(\*) Esta cifra contiene pago de deudas (a privados) que se venían arrastrando desde el 2012.

Fuente: FONASA.

Si tomamos la Ley de Urgencia desde el punto de vista del Pago Asociado a Atención de Emergencia, según Complejidad, se puede observar la distribución de los montos cancelados por el FONASA y los Co Pagos realizados por el beneficiario, ya que esto está vinculado a la Modalidad Libre Elección del FONASA.

Se trata de los casos, en que el paciente ingresa por Ley de Urgencia a un establecimiento privado y decide adoptar la modalidad de atención de Libre Elección, lo que le permite permanecer en el establecimiento privado financiando parte de su tratamiento con gasto de su propio bolsillo.

Los montos de las transferencias se muestran en la tabla siguiente.

**Tabla 5.31: Pago Asociado a Atención de Emergencia, MLE**

Año	Cantidad de prestaciones pagadas	Costo Promedio (\$ 2013)	Monto total (\$ 2013)	Monto copago (aporte usuario) (\$ 2013)	Monto FAM (Apporte Fiscal) (\$ 2013)
2009	5.738	1.506.691	8.645.391.282	2.313.999.757	6.331.391.525
2010	4.708	1.642.277	7.731.838.184	2.038.929.276	5.692.908.907
2011	3.791	1.525.245	5.782.202.061	1.530.276.164	4.251.925.897
2012	4.872	1.459.119	7.108.826.792	1.873.522.478	5.235.304.314
2013	8.983	1.199.440	10.774.572.510	2.885.249.190	7.889.323.320

Año	Cantidad de prestaciones pagadas	Costo Promedio (\$ 2013)	Monto total (\$ 2013)	Monto copago (aporte usuario) (\$ 2013)	Monto FAM (Apporte Fiscal) (\$ 2013)
2014 (*)	60.036	462.850	27.787.639.252	8.065.739.821	19.721.899.431
Total	88.128	769.681	67.830.470.081	18.707.716.686	49.122.753.395

(\*) El 2014 aumentan a 16 PAE. Los años 2009 – 2013 los PAE fueron 5.

Fuente: FONASA.

Si sumamos el aporte fiscal de los pagos de estas atenciones a los Rebases, tendremos el gasto total del Estado en la Ley de Urgencia.

**Tabla 5.32: Total aporte fiscal asociado a compra de prestaciones de urgencia a privados, 2009 al 2014**

Año	Rebase (en \$ del 2013)	Aporte MLE (en \$ del 2013)	Total (en \$ del 2013)
2009	12.493.370.836	6.331.391.525	18.824.762.362
2010	7.658.606.547	5.692.908.907	13.351.515.455
2011	10.343.824.949	4.251.925.897	14.595.750.846
2012	7.834.188.763	5.235.304.314	13.069.493.077
2013	10.535.322.000	7.889.323.320	18.424.645.320
2014 (*)	28.191.871.667	19.721.899.431	47.913.771.098
Total	77.057.184.763	49.122.753.395	126.179.938.158

Fuente: FONASA.

Se observa que los montos totales varían entre \$13.000 millones y \$19.000 millones entre 2009 y 2013. El aumento de gasto en el año 2014 se explica por el pago de cuentas adeudadas de años anteriores. Producto de lo anterior no es posible hacer un análisis de la evolución en el tiempo del programa, ya que se desconoce el momento en que los gastos fueron devengados.

### V.3. Conclusiones del capítulo

Establecer los costos de producción de la RdU y la gestión financiera realizada en las distintos ECE asociadas a la prestaciones de salud de urgencia, es de difícil determinación, por cuanto la RdU, desde el punto de vista administrativo y de manejo de recursos, depende de la red de global de atención de salud en cada uno de los territorios donde se inserta dicha red; por tanto, la diferenciación e identificación de los recursos necesarios para la operación de la RdU en la asignación de recursos, no opera en forma aislada respecto del total de las atenciones que se realizan en los distintos establecimientos hospitalarios.

Dado lo anterior, fue necesario estimar los costos unitarios de las atenciones entregadas por la RdU con base en información recopilada en este estudio y, a partir de estos costos unitarios, reconstruir el gasto total de la RdU. De esta forma, el gasto nacional de la red de urgencia para el año 2013 ascendería a 667.840 millones de pesos del 2013. Así mismo, la

producción valorada a costos del año 2013 habría aumentado un 4% real entre los años 2011 y 2012 y un 3,6% real entre los años 2012 y 2013.

En estas condiciones, no causa sorpresa que no exista una conexión directa entre el costo de las atenciones y el financiamiento de la RdU. En efecto, al analizar los mecanismos de pago, se observa que para los componentes de la RdU tanto en la atención primaria (SAPU, SUR) como en la atención hospitalaria (UEH) el financiamiento viene dado principalmente a la oferta, con prescindencia del volumen de producción. Esto en el caso de la Atención primaria se materializa a través de los convenios del art. 56 de la Ley N° 19.378 y en el caso de las UEH a través de las transferencias PPI, el cual está inserto dentro del financiamiento del hospital que la contiene.

El financiamiento a la oferta se considera adecuado dadas las características de la atención de urgencia, que combina costos fijos altos (dada la necesidad de mantener una capacidad operativa permanente) con una demanda no programable. Sin embargo, es necesario conocer cuantitativamente y en mayor detalle dicha estructura de costos de manera que los montos transferidos a los distintos ECE sean los apropiados para cumplir su misión. Para esto se requiere mejorar los sistemas de contabilidad de costos en todos los ECE de la Red.

Por otra parte, la recuperación de costos de las atenciones prestadas por la RdU fuera de la Modalidad Institucional provendría de tres fuentes: cobros directos a los usuarios no Fonasa en el caso de las consultas de urgencia; cobro a las ISAPRE en el caso de la hospitalización del paciente y cobro del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP). De acuerdo a los encuestados, los montos por estos conceptos son muy bajos en relación al gasto total del establecimiento, razón por la cual no existen registros detallados de estos. Es justamente la ausencia de estos registros lo que nos impide verificar si esta afirmación es correcta.

La compra de servicios al extrasistema en el contexto de la atención de urgencia se verifica por dos canales. Por un lado está la compra de camas críticas a través de la UGCC, que responde a la decisión institucional de derivar a un paciente al sector privado por no contar con los recursos para atenderlo. Por otra parte están las atenciones entregadas por prestadores privados a pacientes FONASA en virtud de la Ley de Urgencias, que responden a la elección del paciente (o quien sea responsable de él en el momento de la urgencia) del lugar de atención.

En el caso de la Ley de Urgencias, el gasto se divide entre efectuado para la estabilización del paciente y el efectuado después de la estabilización (Rebase). Es este último el que puede ser gestionado. Sin embargo, la información existente no permite la evaluación de la eficiencia de esta gestión ya que solo se cuenta con datos agregados del gasto en Rebase, los cuales además están desfasados en el tiempo respecto al momento en que se entregan las atenciones. En consecuencia, se recomienda mejorar los sistemas de información de manera de poder gestionar en tiempo real los pacientes que se encuentran en Rebase y permitir la evaluación de esta gestión.

## **VI. EFICACIA DE LA RED Y SUS COMPONENTES**

### **VI.1. Levantamiento de Indicadores para la Medición de la Eficiencia de la Red en la Producción y Provisión de Bienes y Servicios**

#### **VI.1.1. Metodología**

##### **Determinación del Conjunto de Indicadores**

Para la determinación del set de indicadores se utilizó la siguiente metodología:

- En primer lugar, se realizó una búsqueda de todos los indicadores que se encontraban en la documentación entregada por la contraparte técnica para este proyecto.
- A continuación, se hizo una revisión bibliográfica de indicadores de urgencia, tanto a nivel nacional como, especialmente, a nivel internacional. De esta última fuente, la más importante fue la de la "Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias" (SEMES).
- Este set de indicadores fue revisado y estructurado, teniendo como guía al capítulo "II.3.1. Definición de un modelo de referencia" del presente estudio. Para esto, se tomaron en consideración los tres niveles desarrollados en dicho capítulo, los objetivos estratégicos para cada elemento/componente/estrategia y también las dimensiones de consultas de urgencia, resolutividad, calidad, tasas de uso y las brechas de atención.
- Estos indicadores fueron presentados de manera paralela a la contraparte técnica, para ir consensuando el set definitivo a probar en la muestra.
- Finalmente, estos indicadores fueron entregados a cada ECE de la muestra, momento en el que se les preguntó a los encargados del manejo de la información (y por cada indicador propuesto) si estos últimos cumplían los siguientes atributos (con la definición de ellos incluida). La respuesta de cada ECE de la muestra fue positiva, lo que dio origen a la propuesta de indicadores que se muestra en el Anexo 5.

**Tabla 6.1: Atributos deseables del set de indicadores propuestos**

Atributo	Descripción del atributo
Pertinentes	Deben ser pertinentes, permitiendo medir aspectos relevantes de la gestión presupuestaria y de la gestión de una institución o entidad, como por ejemplo entregar información de los productos estratégicos de dicha institución, de modo de hacer seguimiento al grado de cumplimiento de sus objetivos.
Independientes de factores externos	Responder principalmente a las acciones desarrolladas por la institución en vez de a factores externos
Comparables	Deben permitir la comparabilidad a lo largo del tiempo, entre instituciones o países, según sea el caso.
Requerir de información a costos razonables	Deben incorporar información que sea obtenida a costos razonables

Atributo	Descripción del atributo
Confiables	Deben ser confiables, es decir debe existir la garantía de que los resultados que muestran son independientes de quien efectúe su medición. Para ello se requiere que los datos básicos de los indicadores estén sustentados en sistemas de información que puedan ser auditados.
Simples	Deben ser de fácil elaboración.
Comprehensivos	Deben sintetizar el mayor número posible de condiciones o de distintos factores que afectan la situación descrita por dicho indicador. En lo posible el indicador debe ser globalizador
Verificables	Deben ser verificables, estando claramente establecidas las fuentes de información que permiten medir el indicador, las que deben estar disponibles para su revisión
Constituir información de carácter pública	Deben ser conocidos y accesibles a todos los niveles y estamentos de la entidad o institución, así como para el público usuario y el resto de la administración pública.
Fuente de Información	Fuente de datos desde dónde se puede obtener la información para la confección de los indicadores.

Fuente: elaboración propia.

A continuación, se describen someramente los indicadores utilizados para medir algunos de estos aspectos en la Red en su conjunto y en cada ECE.

### **Red de Urgencia**

En el caso de la RdU nacional y las redes locales se han identificado tres objetivos basados en los objetivos generales de la DIGERA los que pueden ser aplicados a toda la RdU y a cada una de las Redes conformadas por los Servicios de Salud.

- a) Satisfacer las demandas de salud de la población: Este elemento se refiere al acceso a servicios y será evaluado en la sección que analiza la brecha entre la demanda y la oferta de la RdU, la que constituye una medida clásica en el sector salud del desempeño de la RdU explicitada en las guías de pre-inversión pre hospitalaria del MINSAL<sup>172</sup>.
- b) Garantizar la continuidad y oportunidad en la atención: En la lista de indicadores propuestos se incluyen numerosos indicadores que evalúan la oportunidad de la atención en cada uno de los ECE, dado que no existe un indicador que mida la oportunidad de la red en su conjunto, debido tanto a la falta de datos como al hecho que un solo indicador no es suficiente para dar cuenta de este objetivo . Respecto de la continuidad de la atención, entendida en el documento "Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario" como el "grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo"<sup>173</sup>, es decir, de la existencia de un flujo expedito de los pacientes desde un nivel de complejidad hacia

---

<sup>172</sup> Guía metodológica para estudios de inversión prehospitalaria. Ministerio de Salud - División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial.

[http://www.disaster-info.net/PED-Sudamerica/leyes/leyes/suramerica/chile/salud/Guia\\_Preinversion\\_Hospitalaria.pdf](http://www.disaster-info.net/PED-Sudamerica/leyes/leyes/suramerica/chile/salud/Guia_Preinversion_Hospitalaria.pdf)

<sup>173</sup> Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario Dirigido al equipo de salud. MINSAL.

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

otro- se han seleccionado algunos indicadores que miden el funcionamiento en red los que han sido asignados al nivel 2 de análisis en el marco de referencia de este estudio. Para evaluar este objetivo se considerarán indicadores que permitan tener una visión de la capacidad de resolución de los distintos procesos involucrados. Por ejemplo, los porcentajes de pacientes derivados entre los distintos ECE.

c) Generar impacto sanitario en la población usuaria: Este es un indicador de resolutividad de la red e impacto sanitario. En el caso de la RdU el objetivo principal implícito es la preservación de la vida frente situaciones imprevistas de riesgo vital. Este objetivo es difícil de evaluar sin una evaluación de impacto de la RdU lo que no es posible realizar con los recursos asignados a este estudio. Además, la falta de datos a nivel nacional hace imposible estimar el impacto sanitario calculando la carga de mortalidad evitada por la atención de urgencia. Por esto se ha generado un indicador que mide la letalidad de la Red ajustado por la gravedad del mix de pacientes que atiende la misma red. El ajuste por la gravedad del mix de pacientes es necesario con el fin de medir el impacto de la red sobre la mortalidad de los pacientes que reciben atención de urgencia aislando el efecto de la gravedad de los problemas de salud que presenta la población en el tiempo.

Es así como se propone la tasa de letalidad ajustada por gravedad como indicador de resultado de Red en su conjunto. Este indicador se calcula de la siguiente forma:

Mortalidad en Servicios de Urgencia, Ajustada por Categorización:

$$\frac{(\text{Muertos en Servicio de Urgencia} + \text{muertes en SAMU por año}^{174}) / \text{Alfa}}{(\text{Nº de pacientes atendidos en Servicio de Urgencia} + \text{SAMU})}$$

La gravedad se medirá utilizando el indicador de categorización que se mide mensualmente en todas las UEH del país. El indicador propuesto se calcularía de la siguiente forma:

Alfa: Indicador de gravedad = Número de pacientes categorizados (C1+C2+C3) / Total de Pacientes (C1+C2+C3+C4+C5).

Además, se agregó un indicador de costo promedio global de atención de urgencia que incluye los costos de todas las atenciones prestadas en cada uno de ECE de la RdU (SAMU, SUR, SAPU, UEH y UPC).

## **Elementos/Componentes/Estrategias**

### **SUR**

---

<sup>174</sup> Los pacientes fallecidos durante los trasladados de SAMU son igualmente ingresados al dato de urgencia por lo tanto este indicador mide la letalidad en la Red tanto en el SAMU como UEH. No se puede incluir la letalidad en APS ya que no todos los establecimientos de este nivel registran categorización de los pacientes que atienden.

Como se señaló anteriormente, el objetivo de un SUR es otorgar atención inmediata, segura y de la mejor calidad posible en situaciones de urgencia-emergencia médica de carácter impostergable a su población asignada.

Para medir la inmediatez de la atención se han propuesto indicadores de oportunidad de la atención tales como tiempo de espera de atención por médico de llamada o tiempo de espera para traslado. Para evaluar la calidad de la atención se han incluido indicadores que miden la satisfacción usuaria y la existencia de protocolos clínicos.

## SAPU

Los objetivos de la estrategia SAPU y los indicadores seleccionados para evaluarla se detallan a continuación.

- a) Aumentar la capacidad resolutiva del nivel primario: El aumento de la capacidad resolutiva del nivel primario se medirá a través de un set de indicadores propuestos. Los indicadores son los siguientes:
  - i. Nivel 2
    - Consultas en SAPU en relación con el número de Consultas de morbilidad: mide la razón entre consultas realizadas en SAPU, es decir consultas sin agenda, y las consultas realizadas en centros de atención primaria. Es un proxy de la "*sapuificación*"<sup>175</sup> de la atención y es deseable que la razón sea menor a 1 dado que las consultas agendadas en CESFAM permiten un mejor manejo del paciente ya que éste es atendido por su equipo de salud con su ficha médica a la vista. No es exactamente un indicador de resolutividad del nivel primario sino más bien del CESFAM.
    - Porcentaje de Traslados de Pacientes de Urgencia a Centros de Mayor Complejidad. Es un indicador de resolutividad del SAPU propiamente tal. Lo ideal es que sea la menor proporción posible.
  - ii. Nivel 3
    - Estadía promedio en el área de observación: Mide el tiempo que demora la resolución del problema de salud del paciente.
    - Existencia de protocolos clínicos: La existencia de protocolos clínicos puede mejorar la resolutividad de nivel primario de salud, aunque en general se relaciona más estrechamente con la resolutividad de la red, ya que pueden orientar respecto de la referencia y contrarreferencia de determinadas condiciones de salud.
    - Tasa de retorno a las 72 horas: Mientras más resolutiva sea la atención otorgada en el SAPU menor debería ser este indicador.
- b) Aumentar la cobertura de atención del consultorio: Este objetivo se cumple casi instantáneamente al implementar la estrategia SAPU ya que el mayor número de consultas mejora la cobertura del consultorio sin embargo para medir esta expansión

---

<sup>175</sup> "Sapuificación" se refiere a la consulta de pacientes al SAPU que debieron ser vistos en morbilidad del Consultorio.

habría que medir la cantidad de gente que tuvo acceso a la atención y no la hubiera tenido de no existir la estrategia SAPU lo que no se puede medir sin una evaluación de impacto.

- c) Mejorar la accesibilidad a la atención médica: según la OMS la accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas<sup>176</sup>:
- i. no discriminación;
  - ii. accesibilidad física;
  - iii. accesibilidad económica (asequibilidad);
  - iv. acceso a la información.

En este sentido los indicadores que medirían accesibilidad serían los que midan el tiempo que se demora un paciente en viajar al centro de atención más cercano. Un móvil en llegar a cierta área geográfica. En algunos países europeos como Holanda se ha definido que no puede existir un lugar en el país que no esté accesible a más de 30 minutos para atención de urgencia (ver revisión internacional). Esto no se mide regularmente en nuestro país.

Respecto de la accesibilidad económica se puede medir el gasto de bolsillo de los pacientes que acceden a servicios de urgencia, dato que no se recoge habitualmente en el sistema público pero puede ser medido a través de datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN, donde se pregunta si la persona tuvo una atención de urgencia en los últimos 3 meses, dónde y si realizó un copago parcial o total. Para el periodo del estudio existe la CASEN 2009 y 2011.

La no discriminación y el acceso a la información no se mide regularmente en la APS de nuestro sistema de salud.

En el set de indicadores propuestos se medirán dos indicadores de oportunidad la que tiene relación con la accesibilidad, tiempo de espera para atención médica y tiempo de espera para el traslado. Además, se incluyen algunos indicadores de calidad de la atención tales como letalidad y tasa de reclamaciones. Finalmente, se proponen indicadores de recuperación de costos y eficiencia en términos de los recursos financieros.

### **Selector de demanda**

Los Indicadores asociados a los objetivos de este sistema de categorización de beneficiarios son:

- a) Identificar los pacientes en condición de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado de clasificación: En la lista de indicadores propuestos se incluye la tasa de pacientes categorizados al ingreso. Además, se incluye un indicador de tiempo de espera para triage en las UEH.
- b) Priorizar la atención según el nivel de clasificación y acorde con la condición clínica del paciente: Este objetivo se mide con los indicadores de tiempo de espera para la primera consulta médica en las UEH para pacientes C2, C3 y C4-C5, ya que relaciona

---

<sup>176</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

el número de pacientes que fueron atendidos en el tiempo recomendado para un cierto nivel de triage con el número total de pacientes atendidos en ese nivel de triage<sup>177</sup>.

- c) Conocer el perfil de demanda de los consultantes a la Unidad de Emergencia: Se incluye un indicador que mide el porcentaje de pacientes en cada categoría de triage en la UEH.
- d) Asignar el box y/o lugar adecuado de acuerdo a la clasificación según riesgo del paciente. No existen indicadores que midan este objetivo.
- e) Tener una estimación de los tiempos de espera para los pacientes y su accesibilidad a la atención: Se incluye un indicador sobre los tiempos de espera en la UEH.
- f) Disminuir la congestión del servicio, mejorando el flujo de pacientes al interior de este: Se incluye un indicador sobre el porcentaje de consultas derivadas a SAUD en las UEH las que teóricamente deberían ser C4 y C5 lo que es un indicador indirecto de descongestión de la UEH.

### **SAMU**

Dado que el principal objetivo del SAMU es optimizar los tiempos de respuesta, se han incluido primariamente indicadores de oportunidad de la atención, así como indicadores de impacto como la letalidad en el móvil. También se ha incluido un indicador de la interacción del SAMU con la Red como lo es el tiempo de retención del móvil en las UEH. Finalmente, se incluyeron indicadores de eficiencia en términos de recursos financieros.

### **UEH**

Sus objetivos a pesar de ser evidentes, no están explicitados en la documentación revisada, pero un servicio de urgencia hospitalario debe proporcionar atención médica oportuna ante situaciones médicas críticas, acontecidas de forma súbita, o accidental y cuya atención médica resulta impostergable e indiferible. A este respecto se incorporaron indicadores de oportunidad de la atención en la UEH.

Otro de los objetivos de las UEH es brindar asistencia que permita responder adecuadamente ante una emergencia vital, resguardando la vida del afectado, impidiendo o limitando daños futuros. En este sentido se incluyó un indicador de letalidad en la UEH, así como indicadores de resolutividad y de calidad de la atención. Se incorporaron además indicadores de eficiencia.

### **SAUD**

---

<sup>177</sup> El máximo de tiempo de espera para un paciente categorizado como C2 es 30 minutos, para un paciente C3 es 90 minutos y para un C4 es 180 minutos. El resultado del indicador del tiempo de espera C5, no se compara con un estándar normativo ya que estos pacientes no corresponden en rigor a pacientes que requieran atención de urgencia.

Los indicadores asociados a los objetivos de SAUD están diseñados en virtud de las metas que el MINSAL ha definido para esta estrategia, es importante señalar, como se indicó en capítulos anteriores que esta estrategia está en reducción, por lo que los indicadores pueden ser considerados como transitorios:

- a) aumentar la satisfacción usuaria: se incluyó un indicador acerca de la existencia de un instrumento de medición de la satisfacción usuaria.
- b) educar a la población en la pertinencia de sus consultas: Esta dimensión no fue evaluada.
- c) disminuir los pacientes en espera en las salas de admisión a urgencia: para evaluar si la estrategia logró efectivamente disminuir los pacientes en espera de las UEH sería necesario por ejemplo utilizar el método de diferencia en diferencias que permitiera tener una estimación del impacto de esta estrategia en la demanda de las UEH, comparando la tendencia de las consultas en las UEH que tenían un SAUD adosado con las que no lo tenían.
- d) asegurar acceso y oportunidad de la atención: para SAUD también se han definido indicadores de oportunidad. Respecto de la accesibilidad se pueden hacer las mismas consideraciones teóricas que se hacen a este respecto con el SAPU. Se incluye además un indicador de tiempo de espera en SAUD.

Finalmente, para esta estrategia se incluyen indicadores de eficiencia.

## **UPC**

Los objetivos de esta unidad van de la mano con la preservación y restablecimiento de las funciones vitales afectadas, con miras a la recuperación de las funciones afectadas. Sólo se ha incluido un indicador de mortalidad en las UPC ya que el estudio en el impacto de esas unidades en la calidad de vida posterior de los pacientes involucraría un estudio que excede el propósito de este estudio. Como indicador de calidad también se ha incluido la tasa de infección intrahospitalaria. Finalmente se agregaron indicadores de eficiencia en términos de los recursos financieros.

## **Nivel 3**

La evaluación del desempeño de los establecimientos pertenecientes a la red se realizó identificando los procesos asistenciales que no están mapeados formalmente por el MINSAL, tales como la atención de SAPU y de SAMU y el proceso de asignación de camas, entre otros.

En el caso del SAMU se evaluó su estructura organizacional y funcionalidad en referencia al estándar internacional del SAMU francés debido a que la RdU chilena fue diseñada en parte basándose en el modelo francés, tal como se describe en el documento “Aspectos Históricos de la Atención Prehospitalaria”<sup>178</sup>.

---

<sup>178</sup> “Aspectos Históricos de la Atención Pre-hospitalaria”, material de consulta facilitado por la DIPRES.

Todos estos procesos que no están mapeados formalmente por el MINSAL fueron mapeados en terreno.

En cuanto al proceso de atención de urgencia en la UEH, el cual ya ha sido mapeado por el MINSAL, se utilizó este mapa para evaluar su proceso en terreno.

En términos de los indicadores a utilizar para evaluar la Red en este nivel de análisis, si bien un completo análisis de la calidad de la atención queda fuera del alcance de este estudio, se ha decidido incluir los indicadores más frecuentemente utilizados en los sistemas incluidos en la revisión en comento; los tiempos de espera en establecimientos tales como SAPU o UEH y los tiempos de respuesta para los sistemas de atención pre-hospitalaria tales como el SAMU. También se han incluido indicadores de resolutividad, calidad de la atención, entre otros.

### **VI.1.2 Conjunto final de indicadores y levantamiento de la información**

Dentro del proceso de definición de los indicadores, un elemento esencial para su cálculo es la disponibilidad de información para que puedan ser medidos, constituyéndose esta restricción en el último paso para la determinación final del conjunto de indicadores.

Las principales fuentes utilizadas fueron, la muestra, REM 20, REM 08, DAU electrónico y resultados del levantamiento de información del presente estudio. Respecto a estas se puede señalar:

- a) REM 20 y REM 08: Estas son bases de datos que tienen un buen nivel de maduración, constando con información completa para el período de evaluación y con niveles que permiten obtener indicadores a nivel nacional o en mayor detalle como, por ejemplo, servicio.
- b) DAU Electrónico: El diseño de la base de datos (que consta con alrededor de 6 millones de registros) permite la elaboración de una gran cantidad de indicadores de los que se encuentran en la propuesta, no obstante, nos encontramos con dos importantes problemas. En primer lugar, la calidad de los registros no es buena encontrándose, para el año 2014 (usado como piloto) problemas como fechas y horas de alta anteriores a la fecha de ingreso, períodos entre el ingreso y la atención con lapsos de tiempo muy superiores a, por ejemplo, dos días, muchos registros sin todos sus campos completos, en especial en variables tan importantes como en la categorización, así como valores fuera del rango señalados en el diccionario de datos. Faltan algunos meses, dependiendo de los registros y se observa que la calidad de la información es dispar entre servicios. Tampoco queda claro la identificación única de un paciente, lo que no permite calcular indicadores como la tasa de retorno a las 72 horas, por lo que este indicador no es estimable.

En segundo lugar, sólo se dispone de información para el 2014 y primer semestre de 2015, períodos que se encuentran fuera del ámbito de esta

evaluación, no obstante, han servido como piloto para probar la factibilidad de cálculo de los indicadores.

A pesar de estos problemas, es posible obtener información a nivel agregado de este sistema descartando, en la medida de lo posible, los datos fuera de rango, como por ejemplo altas anteriores al ingreso o considerando aquellos registros con información completa sólo para el indicador que se esté calculando.

En la práctica esto corresponde a tomar una muestra que, si bien por la calidad de los mismos no permiten asegurar la representatividad o la exactitud de la información, por otra parte, nos permiten darnos una idea del estado de la red. Por lo tanto, es importante recalcar que esta es una aproximación, pero es la información de la que disponemos y por ello es presentada mayoritariamente en la sección "Anexos".

- c) La muestra: Como se ha señalado anteriormente, en el trabajo en terreno se sometieron al escrutinio de las contrapartes correspondiente de cada ECE los indicadores propuestos, quienes se pronunciaron positivamente respecto a la utilidad de los indicadores y la probabilidad de su cálculo. Bajo este escenario se acordó con ellos que completaran la información correspondiente al período de la evaluación. Lamentablemente, a la fecha del presente informe no ha sido recibida para ser incorporada en el análisis.
- d) Levantamiento de información del presente estudio: Una de las principales fuentes de información para los aspectos financieros proviene del levantamiento de información realizada en el presente estudio, no obstante, nos encontramos con restricciones de información a nivel de detalle, tanto en costos como en ingresos, que no permiten que estos sean asignados a cada ECE.

En la tabla que se presenta a continuación, se muestra un resumen indicando para cada componente estrategia la cantidad de indicadores que son calculables, la que depende de los resultados de este estudio y la cantidad de indicadores que no son calculables.

**Tabla 6.2: Fuentes de los indicadores**

ECE	Calculados				Total Calculados	DAU	No Calculados		Total No Calculados	Total general
	Estudio	Muestra	REM 08	REM 20			No	No Relevante		
0.- INDICADOR DE LA RED	1		1		2	1				3
1.- SUR	1	2			3	5	2	1	3	11
2.- SAPU	1	2	2		5	4	5	2	7	16
3.- SELECTOR DE DEMANDA			2		2					2
4.- SAMU	1				1		5		5	6

5.- UEH	2		1		3	9	6	2	8	20
6.- SAUD							5		5	5
7.- UPC	2			3	5		3	1	4	9
Total general	8	4	6	3	21	19	26	6	32	72

Fuente: elaboración propia.

El primer grupo de indicadores se basa en las fuentes más fidedignas para la obtención de datos, en particular, el REM 08 y REM 20 del DEIS MINSAL y las estimaciones hechas en el presente estudio, básicamente en lo que dice relación con los costos.

Los indicadores del DAU, se muestran en anexo, por no corresponder al período de evaluación y por la poca fiabilidad de la información contenida en esa base de datos, durante el período 2009 a 2013 (se instala como piloto en 2014). No obstante, de esta tabla, se desprende la importancia del DAU para un adecuado conocimiento de la Red, por lo que una de las recomendaciones que se puede hacer es un mejoramiento de esta base.

Los indicadores inicialmente presentados pero que no fue posible calcular por no disponerse a la fecha de la información necesaria fueron:

**Tabla 6.3: Indicadores no calculados por falta de información**

ECE	Objetivo	Indicador
1.- SUR	Calidad de la Atención	Tasa de Retornos a las 72 Horas
1.- SUR	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Costo en RR.HH. del ECE como Porcentaje del Costo Total del ECE.
2.- SAPU	Aumentar la capacidad resolutiva del nivel primario	Estadía promedio en el área de observación
2.- SAPU	Aumentar la capacidad resolutiva del nivel primario	Tasa de Retornos a las 72 Horas
2.- SAPU	Calidad de la Atención	Tasa de Reclamaciones
2.- SAPU	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Costo en RR.HH. del ECE como Porcentaje del Costo Total del ECE.
4.- SAMU	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Costo en RR.HH. del ECE como Porcentaje del Costo Total del ECE.
4.- SAMU	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Costo de Traslado de Paciente (por viaje o por km. recorrido).
4.- SAMU	Lograr la optimización de los tiempos de respuesta y cobertura a nivel nacional frente a situaciones de emergencia médica mediante una plataforma de atención permanente y continua con alcance nacional	Tasa de Mortalidad (Letalidad)
4.- SAMU	Lograr la optimización de los tiempos de respuesta y cobertura a nivel nacional frente a situaciones de emergencia médica mediante una plataforma de atención permanente y continua con alcance nacional	Tiempo de Retención de Móvil
4.- SAMU	Lograr la optimización de los tiempos de respuesta y cobertura a nivel nacional frente a situaciones de emergencia médica mediante una plataforma de atención permanente y continua con alcance nacional	Tiempo de Respuesta o de Llegada al Lugar de las Unidades de Servicio Vital Avanzado
5.- UEH	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Costo en RR.HH. del ECE como Porcentaje del Costo Total del ECE.
5.- UEH	Calidad de la Atención	Tasa de Reclamaciones
5.- UEH	Calidad de la Atención	Pacientes Atendidos Fuera de Box

ECE	Objetivo	Indicador
5.- UEH	Resolutividad	Tasa de Retornos a las 72 Horas
5.- UEH	Resolutividad	Estadía promedio en el área de observación
5.- UEH	Oportunidad en la Atención	Porcentaje de Pacientes con SCA y con Retraso en la Realización de ECG
6.- SAUD	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Porcentaje de los Ingresos que Son Propios
6.- SAUD	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Costo Promedio por Paciente Atendido en el ECE
6.- SAUD	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Costo en RR.HH. del ECE como Porcentaje del Costo Total del ECE.
6.- SAUD	Aumentar Satisfacción Usuaria	Existencia de Instrumento de Satisfacción Usuaria
6.- SAUD	Oportunidad en la Atención	Tiempo de Espera para Atención de Pacientes C4 y C5
7.- UPC	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Costo en RR.HH. del ECE como Porcentaje del Costo Total del ECE.
7.- UPC	Calidad de la Atención	Tasa de Infección Intrahospitalaria
7.- UPC	Satisfacer la Demanda	Porcentaje de Pacientes Provenientes de la UEH
ECE	Objetivo	Indicador
1.- SUR	Calidad de la Atención	Tasa de Retornos a las 72 Horas
1.- SUR	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Costo en RR.HH. del ECE como Porcentaje del Costo Total del ECE.
2.- SAPU	Aumentar la capacidad resolutiva del nivel primario	Consultas en SAPU en Relación con el Número de Consultas de Morbilidad
2.- SAPU	Aumentar la capacidad resolutiva del nivel primario	Estadía promedio en el área de observación
2.- SAPU	Aumentar la capacidad resolutiva del nivel primario	Tasa de Retornos a las 72 Horas
2.- SAPU	Calidad de la Atención	Tasa de Reclamaciones
2.- SAPU	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Costo en RR.HH. del ECE como Porcentaje del Costo Total del ECE.
4.- SAMU	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Costo en RR.HH. del ECE como Porcentaje del Costo Total del ECE.
4.- SAMU	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Costo de Traslado de Paciente (por viaje o por km. recorrido).
4.- SAMU	Lograr la optimización de los tiempos de respuesta y cobertura a nivel nacional frente a situaciones de emergencia médica mediante una plataforma de atención permanente y continua con alcance nacional	Tasa de Mortalidad (Letalidad)
4.- SAMU	Lograr la optimización de los tiempos de respuesta y cobertura a nivel nacional frente a situaciones de emergencia médica mediante una plataforma de atención permanente y continua con alcance nacional	Tiempo de Retención de Móvil
4.- SAMU	Lograr la optimización de los tiempos de respuesta y cobertura a nivel nacional frente a situaciones de emergencia médica mediante una plataforma de atención permanente y continua con alcance nacional	Tiempo de Respuesta o de Llegada al Lugar de las Unidades de Servicio Vital Avanzado
5.- UEH	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Costo en RR.HH. del ECE como Porcentaje del Costo Total del ECE.
5.- UEH	Calidad de la Atención	Tasa de Reclamaciones
5.- UEH	Calidad de la Atención	Pacientes Atendidos Fuera de Box

ECE	Objetivo	Indicador
5.- UEH	Resolutividad	Tasa de Retornos a las 72 Horas
5.- UEH	Resolutividad	Estadía promedio en el área de observación
5.- UEH	Oportunidad en la Atención	Porcentaje de Pacientes con SCA y con Retraso en la Realización de ECG
6.- SAUD	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Porcentaje de los Ingresos que Son Propios
6.- SAUD	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Costo Promedio por Paciente Atendido en el ECE
6.- SAUD	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Costo en RR.HH. del ECE como Porcentaje del Costo Total del ECE.
6.- SAUD	Aumentar Satisfacción Usuaria	Existencia de Instrumento de Satisfacción Usuaria
6.- SAUD	Oportunidad en la Atención	Tiempo de Espera para Atención de Pacientes C4 y C5
7.- UPC	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Costo en RR.HH. del ECE como Porcentaje del Costo Total del ECE.
7.- UPC	Calidad de la Atención	Tasa de Infección Intrahospitalaria
7.- UPC	Satisfacer la Demanda	Porcentaje de Pacientes Provenientes de la UEH

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, existe un grupo de indicadores que, además de no contarse con información para su cálculo, se consideró que no eran relevantes. Estos son los relacionados con los recursos provenientes del sector privado, ya que todos los establecimientos encuestados señalaron que los montos involucrados no eran significativos. Estos son:

**Tabla 6.4 Indicadores no calculados por no ser relevantes**

ECE	Objetivo	Indicador
1.- SUR	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Porcentaje de los Ingresos que Son Propios
2.- SAPU	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Porcentaje de los Ingresos que Son Propios
2.- SAPU	Recuperación de Costos a Privados	Porcentaje de Recuperación de Recursos Financieros
5.- UEH	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Porcentaje de los Ingresos que Son Propios
5.- UEH	Recuperación de Costos a Privados	Porcentaje de Recuperación de Recursos Financieros
7.- UPC	Medir la eficiencia en términos de recursos financieros de la Red de Urgencias.	Porcentaje de los Ingresos que Son Propios

## VI.2. Cálculo de Indicadores

Es importante señalar que lamentablemente no se pudo calcular indicadores relacionados con SAUD. Esto principalmente por la falta de un centro de costos que permitiera discernir cuales son los gastos asociados a la atención en SAUD, ello se replica para otros Componentes. El dato DAU, como se mencionó, es de poca calidad, insuficiente e

incompleto para el periodo estudiado, por ello no contamos con datos específicos de atención como horas de espera y oportunidad de atención.

Con la salvedad hecha, se procede a mostrar una tabla resumen con los indicadores calculados y a continuación, se presentan los resultados de los indicadores con la información disponible. Además se muestra el detalle de cómo fueron calculados, cuáles fueron sus fuentes, fórmula y justificación del indicador<sup>179</sup>.

### **Indicadores de la Red de Urgencia:**

#### **Mortalidad Ajustada**

##### Definición:

Mortalidad en Servicios de Urgencia, Ajustada por Categorización

##### Fórmula:

$$\alpha = \frac{\left( \frac{\text{Muertos en Servicios de Urgencia}}{\text{Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia}} \right)}{\times 1.000}$$

Donde:

$$\alpha = \frac{(C1+C2+C3)}{(C1+C2+C3+C4+C5)}$$

##### Justificación:

Este indicador apunta a medir el cumplimiento del objetivo primordial de los servicios de urgencia, esto es, evitar muertes. No obstante, cambios en la composición de la gravedad de los pacientes implicarán también cambios en el indicador a igual eficacia de la red, por lo que se ajusta por gravedad a través del indicador de complejidad de la demanda esto es,  $(C1+C2+C3) / (C1+C2+C3+C4+C5)$ , denominado en la fórmula del indicador como alfa. Es decir, si el indicador sube pero se ha registrado un alza en la gravedad de los pacientes, ese efecto será contrarrestado por el ajuste por complejidad.

El factor de ajuste alfa se mueve entre cero y uno. Cuando todos los casos son complejos, el valor es 1 y cuando todos los casos atendidos son C4 o C5, entonces su valor es 0.

##### Fuente de Información:

DAU electrónico 2014

Se excluyeron del cálculo aquellos servicios que no tenían categorización (Arica), que no contaban con fallecidos en el período de análisis (Iquique, Coquimbo, Valparaíso San Antonio, Metropolitano Norte, Metropolitano Occidente, Concepción y Osorno) y uno por tener cifras fuera de rango (Araucanía Sur con 9.943 egresos fallecidos, con una tasa de

---

<sup>179</sup> Debido a que durante el período de evaluación se produjo el terremoto de febrero de 2010, en aquellos casos en que los datos así lo mostraron se hizo el comentario respectivo.

mortalidad de 11,69 por cada mil pacientes y una tasa ajustada de 104,92 fallecidos por cada mil pacientes).

*Cálculo del Indicador:*

**Tabla 6.5: Indicador de la Red de Urgencia 2014**

Total			
Muertos en Servicio de Urgencia	1.491	Índice de Mortalidad (por cada 1.000 pacientes)	Índice de Mortalidad Ajustado (por cada 1.000 pacientes) = 1,175
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	4.244.547	= 0,351	
c1+c2+c3	1.020.843	Alfa = 0,299	
c1+c2+c3+c4+c5	3.415.496		

Fuente: Elaboración propia en base a DAU electrónico

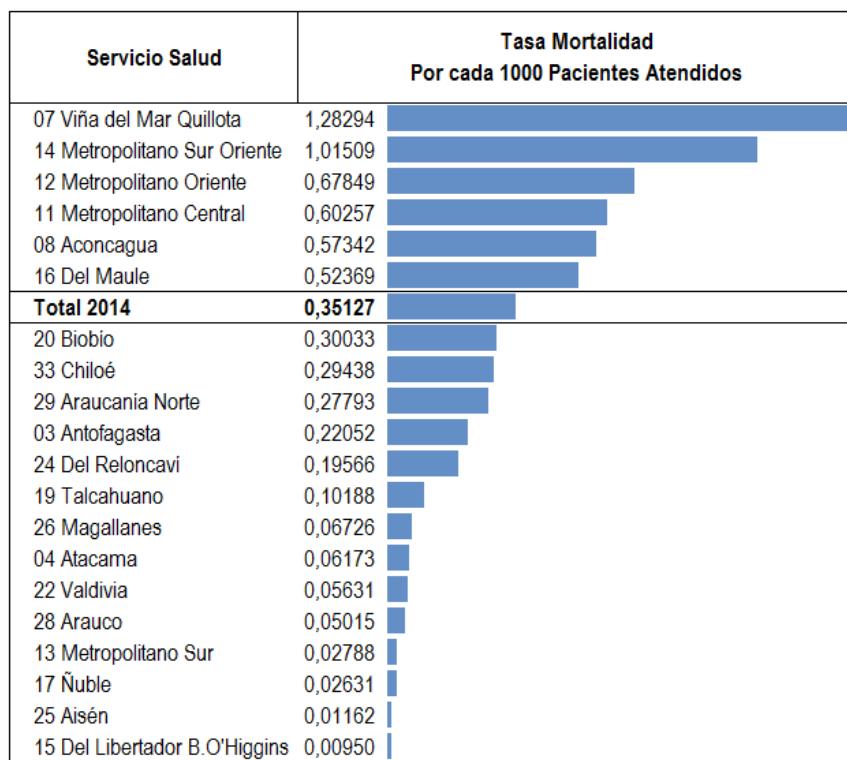
La diferencia entre el indicador de mortalidad y el de mortalidad ajustada viene dada por la gran participación de pacientes tipo C4 y C5, que son atendidos en los servicios de urgencia (70%), llevando a que el indicador ajustado sea un 234% superior al indicador de mortalidad. Esta metodología permite realizar comparaciones entre los SdS y, en un futuro<sup>180</sup>, permitirá analizar la tendencia de este indicador independiente de cómo vaya variando el mix de complejidad de los pacientes atendido en la RdU.

Llama también la alta variabilidad en estas medidas lo que se puede apreciar en las siguientes figuras.

---

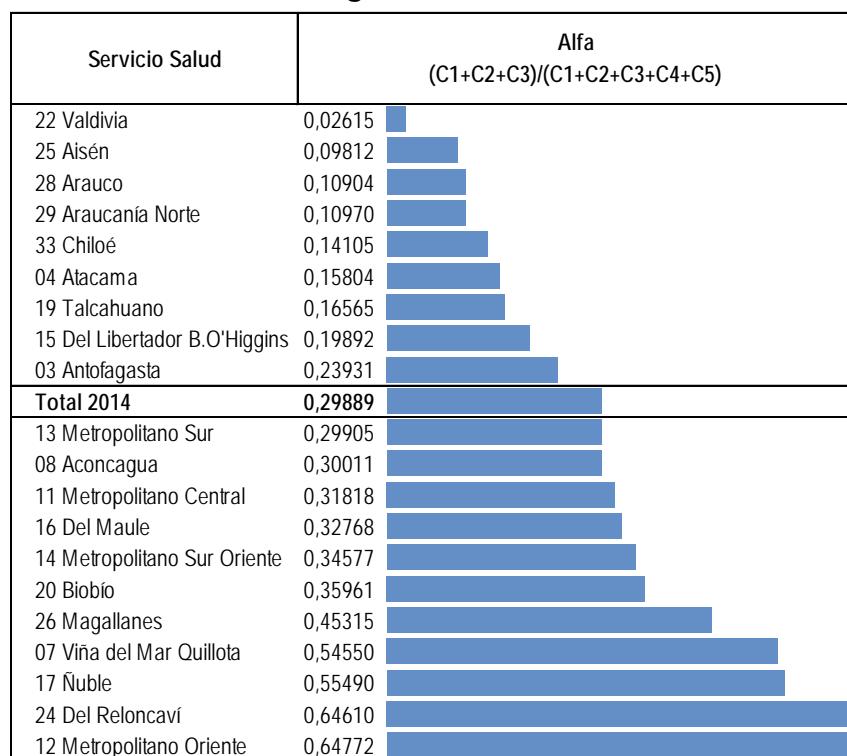
<sup>180</sup> Cuando la información del DAU se encuentre consolidada.

**Figura 6.1: Indicador tasa de mortalidad**



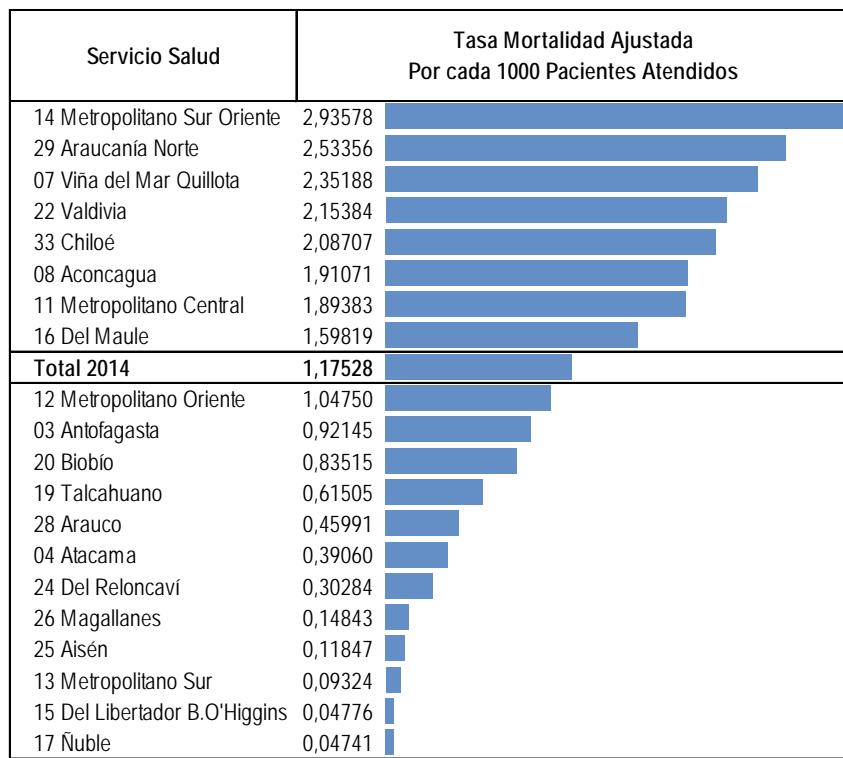
Fuente: Elaboración propia en base a DAU electrónico 2014.

**Figura 6.2: Alfa**



Fuente: Elaboración propia en base a DAU electrónico

**Figura 6.3: Indicador Tasa de Mortalidad Ajustada**



Fuente: Elaboración propia en base a DAU electrónico

De estos datos resaltan, como las mayores variaciones negativas, Valdivia y Araucanía Norte que del lugar 16 y 10 pasan al 4 y 2 respectivamente al ajustar por alfa. Ello implica que su mix de complejidad es bastante inferior que el resto de los SdS considerados en este análisis.

De manera inversa destaca el SdS Metropolitano Central debido a que, al estar ubicado en el tercer lugar, al ajustar por complejidad queda ubicado en el séptimo lugar.

La principal conclusión que se puede obtener, con los datos disponibles, es que los resultados de la red son heterogéneos, aun cuando se ajuste por complejidad, es decir, existen diferencias en la tasa de mortalidad de los distintos servicios de salud que no son explicadas por la diferencia de complejidad entre dichos servicios.

### **Costo Global de la RdU**

#### Definición:

Costo promedio por atención de la RdU

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Costo Total de la Red de Urgencia, por Año}}{\text{Número Total de Atenciones Realizadas en la Red de Urgencia, por Año}}$$

#### Fuente de información:

Elaboración propia en base a las estimaciones de costos efectuadas en el capítulo VI de este informe y en el REM 20.

Considera los gastos y prestaciones efectuadas en UEH, UPC, SAMU y APS.

Justificación:

Este indicador apunta a medir el costo promedio por atención realizada en la RdU<sup>181</sup> como una proxy de la eficiencia del sistema.

Cálculo del Indicador:

**Tabla 6.6: Indicador de Costo Global de la RdU**

Red de Urgencia	Total 2013 (\$ de 2013)				
	Costo Total (Millones de \$)		667.840		Costo Promedio por Atención Realizada (\$)
	Número de Atenciones Realizadas	=	23.562.523	=	28.343 <sup>182</sup>
	Total 2012 (\$ de 2013)				
	Costo Total (Millones de \$)		670.337		Costo Promedio por Atención Realizada (\$)
	Número de Atenciones Realizadas		23.408.189		= 28.637
Total 2011 (\$ de 2013)					
	Costo Total (Millones de \$)		644.465		Costo Promedio por Atención Realizada (\$)
	Número de Atenciones Realizadas		22.213.145		= 29.013

Fuente: elaboración propia

Los costos promedio por atención de urgencia se mantienen relativamente estables durante 2011 a 2013 (período para el cual se cuenta con información de costos), con una leve disminución de 2,31% real para los tres años, es decir, un pequeño incremento en la eficiencia para el período en análisis.

## SUR

<sup>181</sup> En el óptimo debería ser ajustado por el nivel de complejidad agregado de los pacientes atendidos pero no se dispone de dichos datos para el período 2011 al 2013.

<sup>182</sup> Estos incluyen los costos totales de UEH, UPC, SAMU y APS. Por ejemplo, para 2013, los costos fueron en UEH MM\$ 318.559, en UPC MM\$ 266.037, en SAMU MM\$ 21.961 y en APS MM\$ 61.283 dando como Total MM\$ 667.840. Por otra parte, la cantidad de atenciones realizadas fue de 7.534.904 en UEH, de 129.162 en UPC, de 220.101 en SAMU y de 15.678.356 en APS, dando un total de 23.562.523 atenciones. Como resultado, el costo promedio por atención de urgencia, para el 2013, fue de \$ 28.343 (APS incluye: SAPU, hospital de baja complejidad, APS no SAPU y SUR).

## **Porcentaje de establecimientos que cuentan con protocolos clínicos**

### Definición:

Porcentaje de los SUR que tienen protocolos clínicos de las patologías más frecuentes (Existe = 1; No Existe = 0)

### Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de establecimientos con protocolos clínicos de las patologías más frecuentes}}{\text{Nº de establecimientos}} \%$$

### Justificación:

La buena práctica clínica viene favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo con la evidencia científica existente, mediante protocolos actualizados periódicamente. Los protocolos tienen que adecuar las pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del medio donde trabajamos y su objetivo debe ser homogeneizar la asistencia urgente prestada en cada centro, además de ser una herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones.

### Fuente de Información:

Los datos fueron recogidos de la muestra, a través de entrevistas con los actores relevantes de los SUR incorporados encuestados.

### Cálculo del Indicador

Los dos Servicios de Urgencia Rural encuestados señalan que cuentan con protocolos clínicos para la atención de urgencia.

## **Existencia y evaluación de instrumentos de satisfacción usuaria**

### Definición:

Porcentaje de los SUR que tienen instrumentos de medición de satisfacción usuaria, activos y que efectivamente son aplicados para medir la satisfacción usuaria (cumplen con la condición = 1; no cumplen con la condición = 0)

### Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de establecimientos con instrumento de medición usuaria y evaluación de los resultados}}{\text{Nº de establecimientos}} \%$$

### Justificación:

La buena práctica clínica viene favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo con la evidencia científica existente, mediante protocolos actualizados periódicamente. Los protocolos tienen que adecuar las pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y

terapéuticas del medio donde trabajamos y su objetivo ha de ser homogeneizar la asistencia urgente prestada en cada centro, y servir como herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones.

Fuente de Información:

Los datos fueron recogidos de la muestra, a través de entrevistas con los actores relevantes de los SUR incorporados encuestados.

Cálculo del Indicador:

Los dos establecimientos encuestados señalan que cuentan con instrumentos de medición de satisfacción usuaria y que hacen evaluaciones con ellos<sup>183</sup>.

**SAPU**

**Porcentaje de establecimientos que cuentan con protocolos clínicos**

Definición:

Porcentaje de los SAPU que tienen protocolos clínicos de las patologías más frecuentes (Existe = 1; No Existe = 0)

Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de establecimientos con protocolos clínicos de las patologías más frecuentes}}{\text{Nº de establecimientos}} \%$$

Justificación:

La buena práctica clínica viene favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo con la evidencia científica existente, mediante protocolos actualizados periódicamente. Los protocolos tienen que adecuar las pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del medio donde trabajamos y su objetivo debe ser homogeneizar la asistencia urgente prestada en cada centro, además de ser una herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones.

Fuente de Información:

Los datos fueron recogidos de la muestra, a través de entrevistas con los actores relevantes de los SAPU considerados en esta muestra.

Cálculo del Indicador:

Los cuatro SAPU encuestados señalan que cuentan con protocolos clínicos para la atención de urgencia.

---

<sup>183</sup> Las encuestas no fueron entregadas, sólo se cuenta con esta información entregada por los SAPU entrevistados.

## **Existencia y evaluación de instrumento de satisfacción usuaria**

### Definición:

Porcentaje de los SAPU que tienen instrumentos de medición de satisfacción usuaria, activos y que efectivamente son aplicados para medir la satisfacción usuaria (Cumplen con la condición = 1; No cumplen con la condición = 0)

Idealmente sería importante conocer los resultados, pero estas mediciones no son homogéneas ni están sistematizadas entre los distintos SAPU y por lo tanto son comparables.

### Fórmula:

$$\frac{Nº\ de\ establecimientos\ con\ instrumento\ de\ medición\ usuaria\ y\ evaluación\ de\ los\ resultados}{Nº\ de\ establecimientos} \%$$

### Justificación:

La buena práctica clínica viene favorecida por la estandarización de los procesos de acuerdo con la evidencia científica existente, mediante protocolos actualizados periódicamente. Los protocolos tienen que adecuar las pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del medio donde trabajamos y su objetivo ha de ser homogeneizar la asistencia urgente prestada en cada centro, y servir como herramienta que facilite y agilice la toma de decisiones.

### Fuente de Información:

Los datos fueron recogidos de la muestra, a través de entrevistas con los actores relevantes de los SAPU considerados para encuestar.

### Cálculo del Indicador:

Los cuatro establecimientos encuestados indicaron que contaban con instrumentos para la medición de la satisfacción usuaria.

## **Resolutividad del SAPU**

Definición: Se define como la capacidad del SAPU para solucionar gran parte de las emergencias que se presentan en sus dependencias sin la necesidad de derivar los pacientes a otro nivel de la red.

### Fórmula:

$$\frac{Nº\ de\ Pacientes\ derivados\ a\ UEH\ desde\ SAPU}{Nº\ de\ Pacientes\ Atendidos\ en\ SAPU} \%$$

Justificación: La capacidad del SAPU de resolver los casos que atiende es crucial ya que una baja resolutividad impactaría en el siguiente punto de la RdU, en este caso la UEH.

Fuente de Información:

REM

Cálculo del Indicador:

**Tabla 6.7: Indicador resolutividad del SAPU**

ECE	Año	Fórmula	Resultado
SAPU	2013	$\frac{\text{Nº de Pacientes Derivados a UEH desde SAPU}}{\text{Nº de pacientes atendidos en SAPU}} = \frac{184.157}{9.403.444}$	Porcentaje Derivación SAPU a UEH = 1,96%
	2012	$\frac{\text{Nº de Pacientes Derivados a UEH desde SAPU}}{\text{Nº de pacientes atendidos en SAPU}} = \frac{192.488}{9.228.475}$	Porcentaje Derivación SAPU a UEH = 2,09%
	2011	$\frac{\text{Nº de Pacientes Derivados a UEH desde SAPU}}{\text{Nº de pacientes atendidos en SAPU}} = \frac{185.837}{8.491.266}$	Porcentaje Derivación SAPU a UEH = 2,19%
	2010	$\frac{\text{Nº de Pacientes Derivados a UEH desde SAPU}}{\text{Nº de pacientes atendidos en SAPU}} = \frac{204.006}{8.364.891}$	Porcentaje Derivación SAPU a UEH = 2,44%
	2009	$\frac{\text{Nº de Pacientes Derivados a UEH desde SAPU}}{\text{Nº de pacientes atendidos en SAPU}} = \frac{197.977}{7.873.501}$	Porcentaje Derivación SAPU a UEH = 2,51%

Fuente: elaboración en base a data DEIS MINSAL.

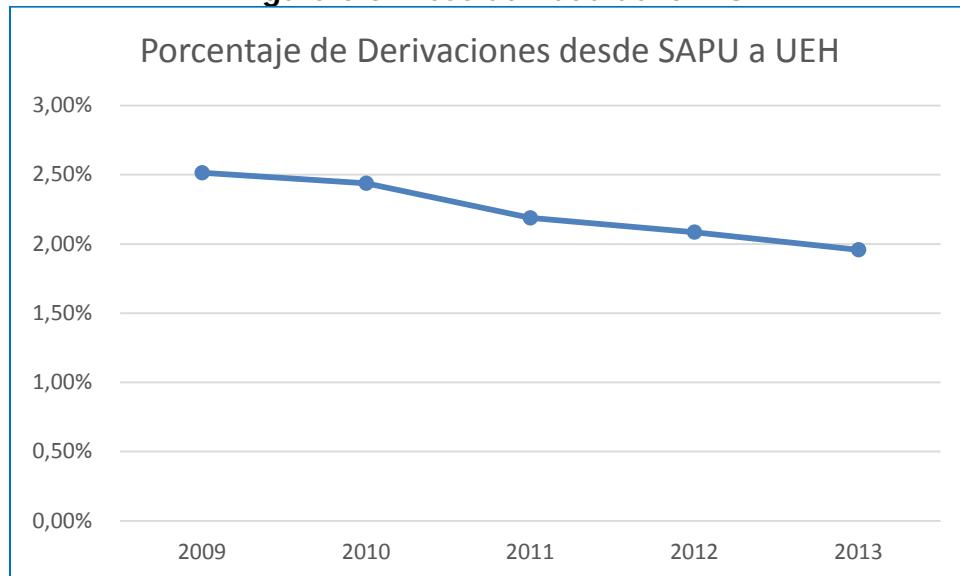
Como se observa en la tabla anterior, el indicador señalaría que los SAPU son altamente resolutivos, necesitando derivar menos del 3% de los pacientes que atienden, aunque la cifra puede estar relativamente subestimada ya que es posible que algunos pacientes hayan sido atendidos en SAPU y luego hayan acudido a la UEH por su propia cuenta por considerar que su problema no fue resuelto adecuadamente en la APS (por estimar que reciben, en los SAPU, una mala atención u una atención no satisfactoria).

Esta resolutividad aumenta consistentemente en el período de evaluación con una disminución total de un 22% de las derivaciones a UEH, es decir, una tasa compuesta anual de 6% de decrecimiento en las derivaciones.

Resulta notorio el indicador de "sapuificación" de la APS, es decir, como la APS se realiza cada vez más a través de los SAPU. Esto se puede apreciar mediante la variación del indicador que aumenta un 85% en el período (tasa de crecimiento compuesta anual de casi

un 17%), lo que claramente no correspondería a cambios estructurales demográficos (debido a que el período de evaluación corresponde sólo a cinco años) sino más bien a cambios conductuales o de incentivos para los usuarios generados, probablemente, por la posibilidad de atenderse en los SAPU.

**Figura 6.5: Resolutividad del SAPU**



Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

### **Selector de Demanda**

#### **Porcentaje de cada categorización**

##### Definición:

De los pacientes que son categorizados se muestra el porcentaje de cada categoría en hospitales de alta complejidad.

##### Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de Pacientes de Cada Categoría}}{\text{Nº de Pacientes Totales}} \times 100\%$$

##### Justificación:

La clasificación de los pacientes según su grado de urgencia a la llegada al SUH en función de una evaluación rápida estructurada (triage) permite la priorización de la actividad asistencial al tiempo que posibilita la identificación de los pacientes con mayor riesgo. En la situación habitual en que se generan esperas para la atención médica este sistema es imprescindible.)

##### Fuente de Información:

REM 08, Sección A.2.: Categorización de pacientes, previa a la atención médica (hospitales alta complejidad). No incluye atención de urgencia obstétrica

Calculado por servicio para cada año de evaluación.

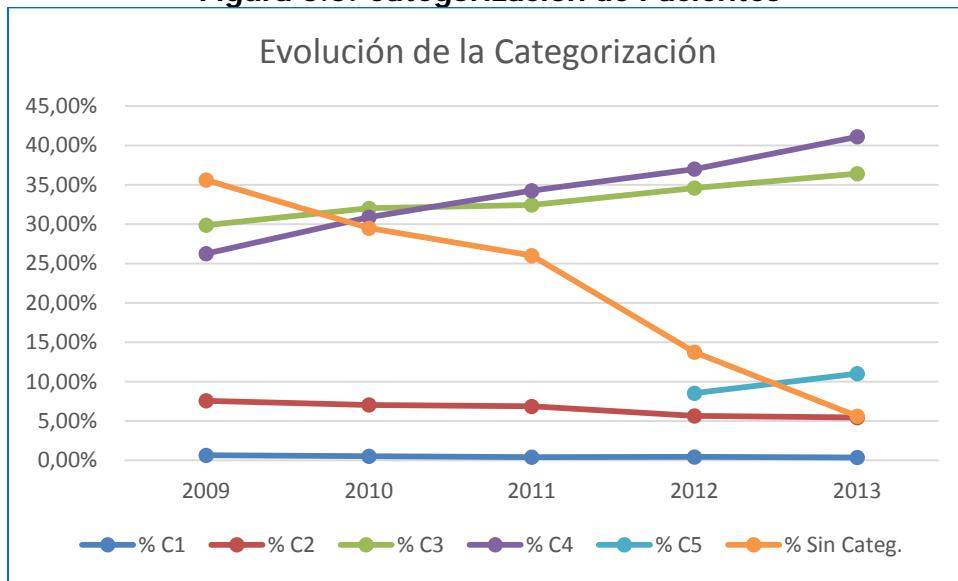
Cálculo del Indicador:

**Tabla 6.8: Indicador porcentaje de cada categorización**

Total Servicios	2009	2010	2011	2012	2013
% C1 = Casos C1 Casos Totales	22.317 3.454.953 = 0,65%	26.940 5.088.395 = 0,53%	21.951 5.280.969 = 0,42%	23.596 5.424.439 = 0,43%	20.586 5.431.640 = 0,38%
% C2 = Casos C2 Casos Totales	261.917 3.454.953 = 7,58%	358.971 5.088.395 = 7,05%	361.860 5.280.969 = 6,85%	306.721 5.424.439 = 5,65%	295.327 5.431.640 = 5,44%
% C3 = Casos C3 Casos Totales	1.032.492 3.454.953 = 29,88%	1.629.153 5.088.395 = 32,02%	1.714.005 5.280.969 = 32,46%	1.877.229 5.424.439 = 34,61%	1.978.473 5.431.640 = 36,42%
% C4 = Casos C4 Casos Totales	907.451 3.454.953 = 26,27%	1.572.185 5.088.395 = 30,90%	1.809.560 5.280.969 = 34,27%	2.007.827 5.424.439 = 37,01%	2.233.415 5.431.640 = 41,12%
% C5 = Casos C5 Casos Totales	N.D. 3.454.953 = N.D.	N.D. 5.088.395 = N.D.	N.D. 5.280.969 = N.D.	462.980 5.424.439 = 8,54%	598.865 5.431.640 = 11,03%
% Sin Categ. Categorización Casos Totales	Sin Categorización 3.454.953 = 35,62%	1.501.146 5.088.395 = 29,50%	1.373.593 5.280.969 = 26,01%	746.086 5.424.439 = 13,75%	304.974 5.431.640 = 5,61%

Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

**Figura 6.6: Categorización de Pacientes**



Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

Los indicadores muestran una clara y positiva tendencia, donde el porcentaje de personas categorizadas alcanza a un 94,4% en 2013, partiendo de 64,4% en 2009 (lo que se puede apreciar más claramente en el indicador siguiente), es decir, un incremento de 47% para el período a una tasa de crecimiento de 10% compuesto anual. La contundencia de las cifras

permite afirmar que se ha incrementado claramente la eficiencia en este ECE, en un factor que es de vital importancia para la RdU.

Se puede apreciar también, un proceso de maduración de la categorización, que ha llevado a que se seleccione cada vez mejor a las personas con mayor riesgo vital (C1 y C2) quienes disminuyen consistentemente su participación dentro de la categorización en tanto que aumentan los C3, C4 y C5. Dado que para un período tan corto esto no corresponde a cambios estructurales del estado de salud de la población atendida, esto debiera responder a un mejor sistema de clasificación.

### **Porcentaje de pacientes categorizados al ingreso de la UEH**

#### Definición:

Tasa de Pacientes Categorizados al Ingreso UEH

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de Pacientes Categorizados al Ingreso a UEH}}{\text{Total de Consultas en UEH}} \%$$

#### Justificación:

El indicador refleja una gestión óptima de los pacientes y la resolutividad de los distintos niveles de atención de la RdU.

#### Fuente de Información:

REM 08, para todos los años evaluación y todos los servicios.

#### Cálculo del Indicador:

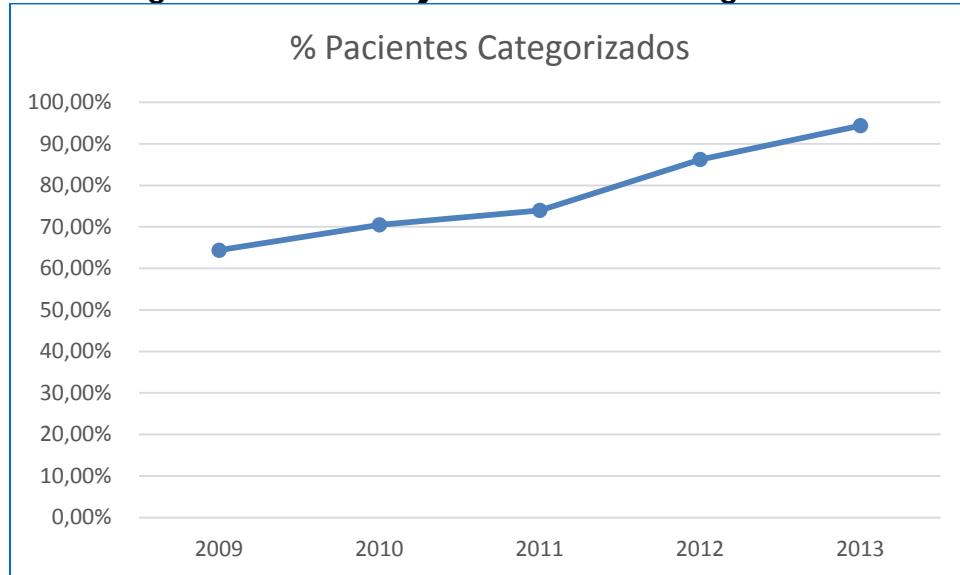
**Tabla 6.9: Indicador porcentaje de pacientes categorizados al ingreso UEH**

Selector de Demanda	Total Servicios 2013		
	Casos Categorizados	=	5.126.666
	Casos Totales	=	5.431.640
	Total Servicios 2012		
	Casos Categorizados	=	4.678.353
	Casos Totales	=	5.424.439
Selector de Demanda	Total Servicios 2011		
	Casos Categorizados	=	3.907.376
	Casos Totales	=	5.280.969
	Total Servicios 2010		
Selector de Demanda	Casos Categorizados	=	3.587.249
	Casos Totales	=	5.088.395
Total Servicios 2009			
Casos Categorizados	=	2.224.177	_
			% Categorizados = 64,38%

	Casos Totales	3.454.953	
--	---------------	-----------	--

Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

**Figura 6.7: Porcentaje de Pacientes Categorizados**



Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

Durante el período en evaluación se observa una clara y positiva tendencia a aumentar el nivel de pacientes categorizados al ingreso a la Unidad de Emergencia Hospitalaria, lo que permite una mejor asignación de los recursos y, fundamentalmente, asegura la atención oportuna a quienes realmente se encuentren con riesgo vital.

## SAMU

### Número de Traslado x Año por Tipo de Móvil

#### Definición:

Se mide la cantidad de traslados que se hacen por tipo de móvil, donde el M1 es el móvil más básico, el M2 es intermedio y el M3 corresponde a los móviles más complejos.

#### Fórmula:

*Número de Traslados Efectuados por el Móvil Tipo i en el Año*

#### Justificación:

Este indicador señala el mix de complejidad de los traslados efectuados por el SAMU.

#### Fuente de Información:

REM 08

Cálculo del Indicador:

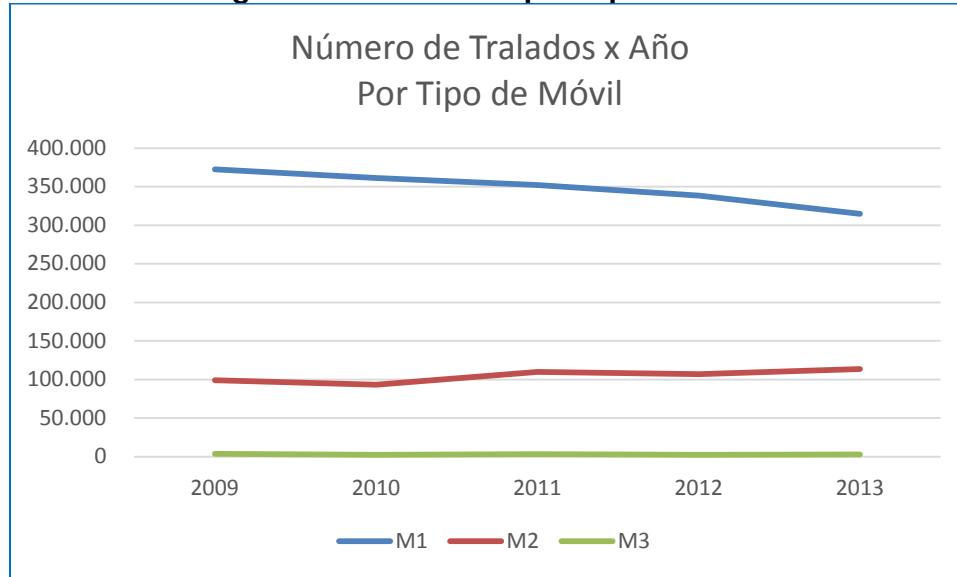
**Tabla 6.10: Traslados por Tipo de Móvil**

Traslados	2009	2010	2011	2012	2013
Cantidad de Traslados Móvil Tipo 1	372.269	361.159	352.215	338.347	314.859
Cantidad de Traslados Móvil Tipo 2	99.130	93.497	109.991	107.206	113.797
Cantidad de Traslados Móvil Tipo 3	3.819	2.605	3.335	2.700	3.056
Total de Traslados	475.218	457.261	465.541	448.253	431.712

Fuente: DEIS MINSAL.

En traslados por tipo de móvil, destaca el incremento en móvil tipo 2, en tanto bajan los de tipo 1 y 3. Con la información disponible no es claro si esto se debe a cambios en la oferta o en la demanda.

**Figura 6.8: Traslados por Tipo de Móvil**



Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

**Tasa de Uso Por Cada 1.000 BF**

Definición:

Se mide la cantidad de traslados que se hacen por tipo de móvil, según la cobertura geográfica, en este caso, por regiones.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de Traslados Efectuados por el Móvil Tipo } i \text{ en el Año}}{\text{Beneficiarios de FONASA por Región}}$$

Justificación:

Este indicador señala el mix de complejidad de los traslados efectuados por el SAMU, agregando la dimensión de beneficiarios atendidos, dando señales de la escasez relativa de este recurso.

Fuente de Información:

REM 08 para los móviles y FONASA para los beneficiarios.

Cálculo del Indicador:

**Tabla 6.11: Tasa de uso por cada 1.000 BF M1**

Región	2009	2010	2011	2012	2013
XV	52,6	37,5	37,0	38,1	37,8
I	41,1	41,4	34,9	30,1	33,8
II	20,8	20,5	24,8	20,9	17,8
III	20,5	21,6	29,7	19,9	24,2
IV	11,7	8,3	9,3	6,2	9,5
V	49,1	43,7	45,2	44,4	43,5
VI	22,5	21,2	17,1	17,0	16,4
VII	25,3	24,9	20,2	20,1	17,2
VIII	60,8	56,4	52,1	53,8	49,8
IX	51,0	54,1	54,7	58,8	39,7
X	49,7	54,0	51,6	47,3	46,9
XIV	28,7	31,3	25,8	27,9	34,2
XI	40,8	56,4	51,4	48,5	46,6
XII	66,1	65,1	47,3	45,2	39,8
R.M.	11,4	9,5	7,6	5,3	4,6

Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL y FONASA.

**Tabla 6.12: Tasa de uso por cada 1.000 BF M2**

Región	2009	2010	2011	2012	2013
XV	15,0	14,1	15,2	17,2	16,0
I	9,9	9,3	13,9	17,5	21,2
II	23,8	20,1	12,7	10,1	11,2
III	11,9	14,2	28,7	13,5	16,6
IV	12,5	12,0	15,5	16,3	17,7
V	5,9	4,0	4,4	4,8	4,8
VI	9,6	9,4	17,3	12,7	12,6
VII	9,1	11,5	13,4	13,6	14,3
VIII	7,6	7,4	8,4	7,3	7,4
IX	13,9	10,8	11,5	14,5	12,5
X	6,0	5,2	4,8	7,2	12,0
XIV	14,6	11,0	10,9	12,6	11,6
XI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XII	21,9	19,1	19,4	15,9	11,6
R.M.	4,6	4,5	4,2	4,1	4,4

Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL y FONASA.

**Tabla 6.13: Tasa de uso por cada 1.000 BF M3**

Región	2009	2010	2011	2012	2013
XV	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
I	1,11	0,36	0,09	0,04	0,12
II	0,09	0,09	0,06	0,02	0,76
III	0,00	0,01	0,63	0,04	0,03
IV	0,14	0,11	0,00	0,02	0,02
V	0,52	0,20	0,62	0,52	0,56
VI	0,05	0,08	0,11	0,04	0,07
VII	0,02	0,10	0,19	0,03	0,06
VIII	0,03	0,02	0,02	0,06	0,01
IX	0,03	0,01	0,00	0,00	0,00
X	0,37	0,45	0,12	0,11	0,10
XIV	0,22	0,16	0,08	0,05	0,04
XI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
XII	0,08	0,07	0,04	0,00	0,01
R.M.	0,49	0,34	0,38	0,33	0,34

Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL y FONASA.

En general, las tasas de uso de móviles 1 y 2 han crecido durante el período de evaluación, particularmente M2 (tasa compuesta anual 22% y 43% para M1 y M2 respectivamente), en tanto que M3 ha disminuido a una tasa 17% anual compuesta. Además, al analizar estos indicadores, se puede establecer que existe una alta dispersión en los trasladados por beneficiarios entre regiones (coeficientes de variación promedio durante el período en evaluación de 72,9%, 57,1% y 83,4% para M1, M2 y M3 respectivamente). Si bien, esto puede ser una diferencia debida a las características propias de cada región, al observar la evolución en el tiempo del coeficiente de variación se tiene un aumento en dicho estadígrafo para M1 (65,6% en 2009 y 78,4% en 2013) y para M3 (85,9% en 2009 a 91,2% en 2013). M2, en tanto se mantiene estable (56,6% en el coeficiente de variación a 55,6%)

Bajo el supuesto que las condiciones de traslado desde el punto de vista de la demanda se encuentran estables (es difícil pensar en cambios estructurales importantes en un período tan corto), es razonable pensar que la limitante se encuentra por el lado de la oferta y que, además, esta no está distribuida homogéneamente durante el período de análisis, en especial M3, y que esta distribución se hace aún menos homogénea dentro de este período. Esto podría indicar que este sistema no funciona efectivamente como una red coordinada, debido a que los recursos no serían distribuidos de manera homogénea entre regiones.

## Unidad de Emergencia Hospitalaria

### Oportunidad de hospitalización para pacientes desde la UEH

#### Definición:

Para medir la oportunidad en la atención se mide la cantidad de pacientes que, teniendo indicación de hospitalización, son hospitalizados antes de 12 horas.

Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de Pacientes Provenientes de la UEH que se Hospitalizan antes de 12 horas desde la Indicación, en el año}}{\text{Total de Pacientes Ingresados a los Servicios Clínicos con Indicación de Hospitalización Provenientes de la UEH, en el año}} \times 100\%$$

Justificación:

El indicador refleja una gestión óptima de los pacientes y la resolutividad de los distintos niveles de atención de la RdU.

Fuente de Información:

REM 08, con datos para todos los años y servicios.

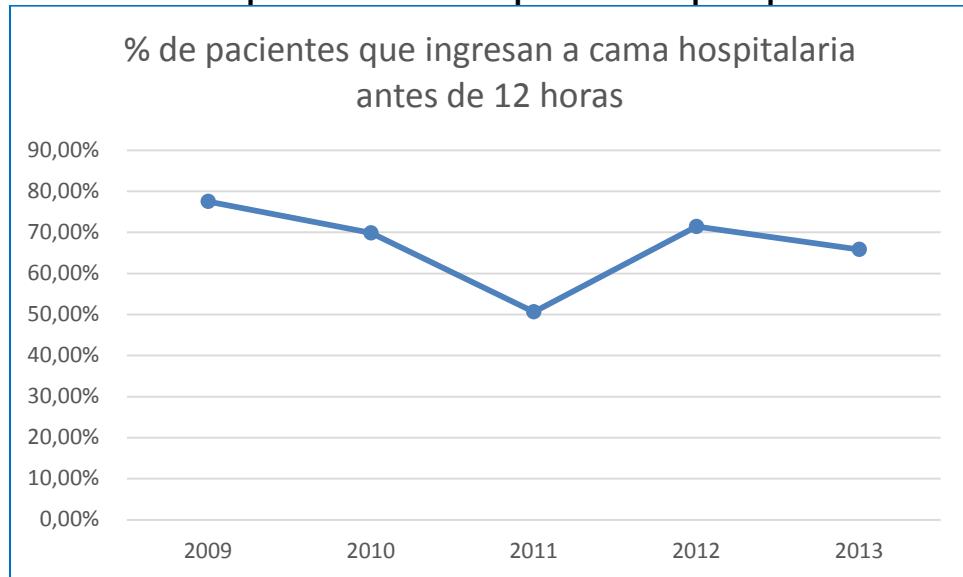
Cálculo del Indicador:

**Tabla 6.14: Indicador oportunidad de hospitalización para pacientes desde UEH**

UEH	Total Servicios 2013	
	Pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 horas Total de pacientes con indicación de hospitalización	= $\frac{285.708}{433.897}$ % de pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 horas = 65,85%
	Total Servicios 2012	
	Pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 horas Total de pacientes con indicación de hospitalización	= $\frac{296.821}{415.601}$ % de pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 horas = 71,42%
	Total Servicios 2011	
	Pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 horas Total de pacientes con indicación de hospitalización	= $\frac{266.377}{525.929}$ % de pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 horas = 50,65%
Total Servicios 2010		
Pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 horas Total de pacientes con indicación de hospitalización	= $\frac{250.632}{358.789}$ % de pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 horas = 69,85%	
Total Servicios 2009		
Pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 horas Total de pacientes con indicación de hospitalización	= $\frac{235.555}{303.851}$ % de pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 horas = 77,52%	

Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

**Figura 6.9: Indicador oportunidad de hospitalización para pacientes desde UEH**



Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

Se observa un deterioro en el indicador de oportunidad "% de pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 horas", que con algún altibajo muestra una disminución de un 15% (una tasa compuesta de disminución anual de 4%) en los pacientes que obtienen cama, lo que daría cuenta de una menor disponibilidad de camas para urgencia. En base a las entrevistas realizadas, es posible plantear que este deterioro en la oportunidad de hospitalización está asociado a camas no críticas.

La caída en 2010 y 2011 podría haber estado explicada por el terremoto de febrero 2010, no obstante, al ver los datos de 2010 no se observa una tendencia a que este indicador sea menor en el período, de hecho, durante 2010, la zona centro sur muestra resultados de hospitalización antes de 12 horas superior al promedio, esto es, 80% (Servicios de Salud desde Región Metropolitana al Bío Bío, incluyendo Quinta Región) contra 70% a nivel nacional. Algo similar ocurre para 2011 (69% para la zona afectada versus 51% a nivel nacional).

### **Costo promedio por Beneficiario de UEH de Alta Complejidad**

Definición:

Costo promedio por atención realizada a pacientes de la UEH durante cada año.

Fórmula:

$$((\text{Costo total de atenciones de urgencia durante el Año}) / (\text{Total de beneficiarios})) / \text{Alfa}$$

$$\frac{(\text{Costo Total de Atenciones de Urgencia Durante el Año})}{\text{Total de Beneficiarios}} \alpha$$

Justificación:

A través del tiempo indica cómo ha ido variando el costo por beneficiario, permitiendo identificar posibles problemas de eficiencia en la provisión del servicio. Es necesario ajustar este costo por alfa, donde alfa =  $(C1+C2+C3) / (C1+C2+C3+C4+C5)$  dado que los pacientes de mayor complejidad tienden a presentar un costo mayor per cápita.

Fuente de Información:

Para el costo promedio se usó la estimación realizada en el capítulo seis del presente estudio.

Para el alfa se utilizó el REM 08.

Para beneficiarios el Informe de Estadísticas Demografía de FONASA.

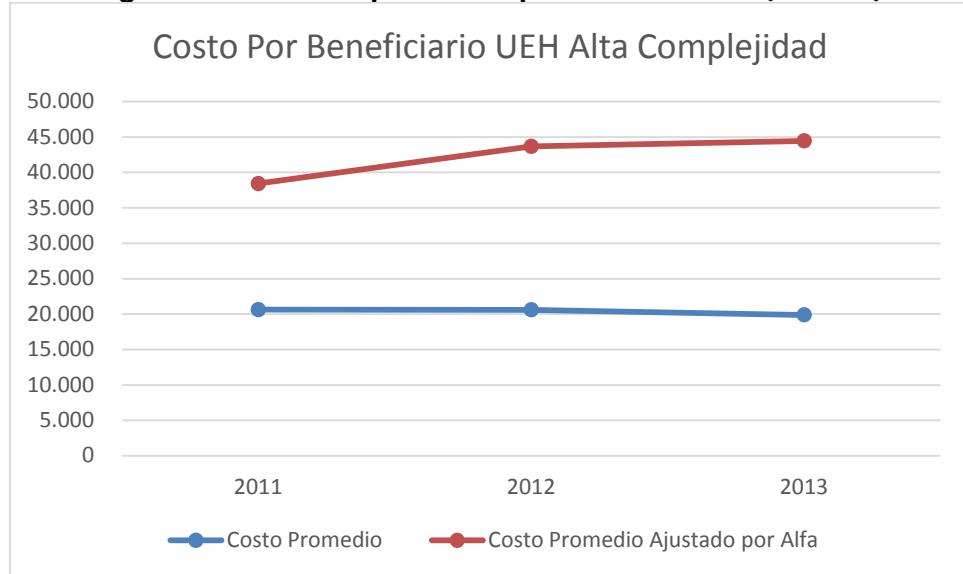
Cálculo del Indicador:

**Tabla 6.15: Costo promedio por Beneficiario (\$ de 2013)**

		Total 2013	
UEH	$\frac{\text{Costo Total} \\ (\text{Millones de \$})}{\text{Nº de Beneficiarios}} = \frac{267.633}{13.451.188}$ $\frac{c1+c2+c3}{c1+c2+c3+c4+c5} = \frac{2.294.386}{5.126.666}$	$\frac{\text{Costo Promedio} \\ \text{por Atención} \\ \text{Realizada} (\$)}{\text{Alfa}} = \frac{19.897}{0,448}$	$\text{Costo} \\ \text{Promedio} \\ \text{Ajustado} \\ \text{por Alfa por} \\ \text{Atención} \\ \text{Realizada} \\ (\$)$ $= 44.458$
	Total 2012		
UEH	$\frac{\text{Costo Total} \\ (\text{Millones de \$})}{\text{Nº de Beneficiarios}} = \frac{275.709}{13.377.082}$ $\frac{c1+c2+c3}{c1+c2+c3+c4+c5} = \frac{2.207.546}{4.678.353}$	$\frac{\text{Costo Promedio} \\ \text{por Atención} \\ \text{Realizada} (\$)}{\text{Alfa}} = \frac{20.611}{0,472}$	$\text{Costo} \\ \text{Promedio} \\ \text{Ajustado} \\ \text{por Alfa por} \\ \text{Atención} \\ \text{Realizada} \\ (\$)$ $= 43.679$
	Total 2011		
UEH	$\frac{\text{Costo Total} \\ (\text{Millones de \$})}{\text{Nº de Beneficiarios}} = \frac{272.346}{13.202.753}$ $\frac{c1+c2+c3}{c1+c2+c3+c4+c5} = \frac{2.097.816}{3.907.376}$	$\frac{\text{Costo Promedio} \\ \text{por Atención} \\ \text{Realizada} (\$)}{\text{Alfa}} = \frac{20.628}{0,537}$	$\text{Costo} \\ \text{Promedio} \\ \text{Ajustado} \\ \text{por Alfa por} \\ \text{Atención} \\ \text{Realizada} \\ (\$)$ $= 38.422$

Fuente: Elaboración propia con estimaciones de costos del presente estudio y DEIS MINSAL.

**Figura 6.10: Costo promedio por beneficiario (\$ 2013)**



Fuente: elaboración propia con estimaciones de costos del presente estudio y DEIS MINSAL.

El costo promedio por beneficiario muestra un leve descenso esto es una disminución de 3,6% real entre 2011 y 2013, período para el cual se cuenta con información de costos. No obstante, el costo ajustado por alfa muestra un alza 15,7% real durante el trienio), lo que implica que ha disminuido el mix de complejidad más de lo que han disminuido los costos.

En cuanto a las dispersión por servicio de salud medida por el coeficiente de variación, esta se mantiene estable en el período, con cifras algo superiores al 30% (32,1% en 2011, 31,9% en 2012 y 32,5% en 2013), lo que nos señala que, si bien un servicio de salud, Araucanía Norte, tuvo un fuerte incremento con \$11.676 (39% de aumento real en el trienio), su baja participación no afectó mayormente la distribución.

Finalmente, al observer el indicador ajustado por complejidad, durante el período, se observa que los mayores incrementos fueron en Araucanía Norte, Concepción y Chiloé, por una mezcla entre menores alfas (menor mix de complejidad) y mayores costos durante el período. En particular, tratándose de UEH de alta complejidad, no es adecuado que disminuya el mix, se debiera esperar, al menos, que este se mantuviese.

### Pacientes Fallecidos Esperando Cama

#### Definición:

Corresponde a la tasa de pacientes que fallecen en la UEH, teniendo indicación de hospitalización.

$$\frac{\text{Número de Pacientes al año con Indicación de Hospitalización que Fallecen Esperando Cama Aguda}}{\text{Total de Pacientes con Indicación de Hospitalización}} \times 1000$$

Justificación:

Es una prueba ácida de la disponibilidad de recursos para los pacientes de urgencia.

Cálculo del Indicador:

**Tabla 6.16: Pacientes Fallecidos Esperando Cama**

ECE	Año	Fórmula	Tasa de Fallecidos Esperando Cama	Tasa de Fallecidos Esperando Cama Ajustado por Alfa
UEH	2013	$\frac{\text{Nº de Pacientes Fallecidos en UEH, con Indicación de Cama}}{\text{Nº de Pacientes en UEH, con Indicación de Cama}} = \frac{2.913}{433.897}$ $\frac{c1+c2+c3}{c1+c2+c3+c4+c5} = \frac{2.294.386}{5.126.666}$	$\frac{\text{Nº de Pacientes en UEH, con Indicación de Cama que Mueren, sin ser Trasladados a Cama x 1000}}{\text{Alfa}} = \frac{6,71}{0,448}$	$\text{Nº de Pacientes en UEH, con Indicación de Cama que Mueren, sin ser Trasladados a Cama x 1000} = 15,00$
	2012	$\frac{\text{Nº de Pacientes Fallecidos en UEH, con Indicación de Cama}}{\text{Nº de Pacientes en UEH, con Indicación de Cama}} = \frac{2.306}{415.601}$ $\frac{c1+c2+c3}{c1+c2+c3+c4+c5} = \frac{2.207.546}{4.678.353}$	$\frac{\text{Nº de Pacientes en UEH, con Indicación de Cama que Mueren, sin ser Trasladados a Cama x 1000}}{\text{Alfa}} = \frac{5,55}{0,472}$	$\text{Nº de Pacientes en UEH, con Indicación de Cama que Mueren, sin ser Trasladados a Cama x 1000} = 11,76$
	2011	$\frac{\text{Nº de Pacientes Fallecidos en UEH, con Indicación de Cama}}{\text{Nº de Pacientes en UEH, con Indicación de Cama}} = \frac{2.458}{528.387}$ $\frac{c1+c2+c3}{c1+c2+c3+c4+c5} = \frac{2.097.816}{3.907.376}$	$\frac{\text{Nº de Pacientes en UEH, con Indicación de Cama que Mueren, sin ser Trasladados a Cama x 1000}}{\text{Alfa}} = \frac{4,65}{0,537}$	$\text{Nº de Pacientes en UEH, con Indicación de Cama que Mueren, sin ser Trasladados a Cama x 1000} = 8,66$
	2010	$\frac{\text{Nº de Pacientes Fallecidos en UEH, con Indicación de Cama}}{\text{Nº de Pacientes en UEH, con Indicación de Cama}} = \frac{2.054}{701.999}$	$\frac{\text{Nº de Pacientes en UEH, con Indicación de Cama que Mueren, sin ser Trasladados a Cama x 1000}}{\text{Alfa}} = \frac{2,93}{}$	$\text{Nº de Pacientes en UEH, con Indicación de Cama que Mueren, sin ser Trasladados a Cama x 1000} = 5,21$

ECE	Año	Fórmula	Tasa de Fallecidos Esperando Cama	Tasa de Fallecidos Esperando Cama Ajustado por Alfa
		$\frac{c1+c2+c3}{c1+c2+c3+c4+c5} \quad \frac{2.015.064}{3.587.249}$	Alfa 0,562	
	2009	$\frac{\text{Nº de Pacientes Fallecidos en UEH, con Indicación de Cama}}{\text{Nº de Pacientes en UEH, con Indicación de Cama}} = \frac{\text{N.D.}}{\text{N.D.}}$  $\frac{c1+c2+c3}{c1+c2+c3+c4+c5} \quad \frac{1.316.726}{2.224.177}$	$\frac{\text{Nº de Pacientes en UEH, con Indicación de Cama que Mueren, sin ser Trasladados a Cama} \times 1000}{\text{Alfa}} = \frac{\text{N.D.}}{0,592}$	$\text{Nº de Pacientes en UEH, con Indicación de Cama que Mueren, sin ser Trasladados a Cama} \times 1000 = \text{N.D.}$

Fuente: elaboración propia con data DEIS MINSAL.

Se observa un preocupante aumento de la cantidad de pacientes que fallece esperando cama aguda y denotaría una brecha que aumentó en el período de evaluación.

La situación es aún más seria si se considera el indicador ajustado, debido a que las diferencias se hacen mayores, es decir, no sólo mueren más personas, sino que lo hacen en circunstancias en que el mix de complejidad disminuye.

Al observar el indicador por servicio, lo primero que llama la atención es la alta dispersión que tiene, con coeficientes de variación, para todos los años, superiores al 100%, tanto para el indicador no ajustado como para el ajustado por alfa.

Dentro de este contexto es importante destacar que el indicador está siendo tensionado por aquellos servicios que tienen un peor desempeño, siendo Antofagasta y el Metropolitano Central los con un mayor valor ajustado por alfa (53,8 y 35,3 de valor para el indicador, respectivamente). En general se observa que aquellos servicios que tienen a hacerlo peor que la media, mantienen ese estatus durante todo el período de evaluación, en concreto aquellos que durante todo el período se mantuvieron sobre la media, representan el 45% de todos los servicios y aquellos que se mantuvieron bajo la media representan el 24%, existiendo "movilidad" sólo en el 31% de los servicios.

Un hecho destacable, es la cantidad de servicios con valores del indicador igual cero. Ello porque durante 2010 y 2011 estos eran tres representando el 12% de los 26 servicios con información disponible. Posteriormente, entre 2012 y 2013 fueron ocho los servicios con mortalidad cero, representando el 28% del total de servicios.

## Unidad de Paciente Crítico

### Índice Ocupacional (IO)

Definición:

Se busca medir la oportunidad en la atención a través de la ocupación de las camas críticas. Un porcentaje demasiado elevado podría indicar que se está sin disponibilidad de camas para nuevos pacientes.

Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de Días Camas Críticas Ocupados en el Año}}{\text{Nº de Días Camas Críticas Disponibles en el Año}} \%$$

Justificación:

Es un indicador de utilización del recurso cama y a partir del mismo permite ajustar la planificación y la utilización de cama.

Fuente de Información:

REM 20, para todos los años de evaluación y todos los servicios.

Cálculo del Indicador:

**Tabla 6.17: Indicador IO**

E/C/E	Año	Fórmula	Resultado
UPC	2013	$\frac{\text{Nº de días cama ocupados en el año}}{\text{Nº de días cama disponibles en el año}} = \frac{784.520}{902.708}$	Índice Ocupacional = 86,91%
	2012	$\frac{\text{Nº de días cama ocupados en el año}}{\text{Nº de días cama disponibles en el año}} = \frac{770.335}{874.121}$	Índice Ocupacional = 88,13%
	2011	$\frac{\text{Nº de días cama ocupados en el año}}{\text{Nº de días cama disponibles en el año}} = \frac{744.748}{842.269}$	Índice Ocupacional = 88,42%
	2010	$\frac{\text{Nº de días cama ocupados en el año}}{\text{Nº de días cama disponibles en el año}} = \frac{702.977}{790.796}$	Índice Ocupacional = 88,89%
	2009	$\frac{\text{Nº de días cama ocupados en el año}}{\text{Nº de días cama disponibles en el año}} = \frac{685.875}{790.253}$	Índice Ocupacional = 86,79%

Fuente: elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

**Figura 6.11: Indicador IO**

Servicio de Salud	Índice Ocupacional				
	2009	2010	2011	2012	2013
01: Arica	73,36%	83,11%	81,98%	75,12%	77,21%
02: Iquique	88,11%	83,41%	85,76%	86,40%	83,40%
03: Antofagasta	87,70%	89,97%	90,02%	88,52%	89,01%
04: Atacama	66,39%	73,68%	74,97%	78,40%	82,55%
05: Coquimbo	77,33%	80,55%	78,97%	82,35%	82,82%
06: Valparaíso San Antonio	85,32%	97,51%	97,85%	99,06%	98,93%
07: Viña del Mar Quillota	89,76%	88,12%	89,87%	92,55%	92,42%
08: Aconcagua	75,90%	79,35%	79,44%	79,31%	76,82%
09: Metropolitano Norte	92,68%	90,87%	89,95%	92,21%	90,35%
10: Metropolitano Occidente	88,63%	90,41%	92,08%	91,37%	91,18%
11: Metropolitano Central	82,90%	87,16%	85,13%	87,69%	87,37%
12: Metropolitano Oriente	88,12%	90,75%	89,99%	86,27%	83,10%
13: Metropolitano Sur	87,21%	90,33%	91,42%	91,62%	89,82%
14: Metropolitano Sur Orient	88,97%	90,11%	89,17%	88,72%	83,81%
15: Del Libertador B.O'Higgin	89,83%	89,78%	89,14%	88,42%	86,43%
16: Del Maule	88,08%	86,15%	86,48%	84,42%	88,09%
17: Ñuble	84,74%	91,28%	82,46%	88,05%	83,41%
18: Concepción	89,20%	90,92%	87,61%	88,70%	88,83%
19: Talcahuano	82,44%	81,13%	82,31%	80,26%	79,63%
20: Biobío	90,73%	87,38%	91,37%	90,65%	85,63%
21: Araucanía Sur	92,33%	92,94%	93,68%	92,37%	90,57%
22: Valdivia	88,69%	101,93%	95,48%	98,58%	98,11%
23: Osorno	78,11%	79,21%	79,60%	74,61%	76,86%
24: Del Reloncaví	89,38%	87,09%	88,54%	85,24%	87,50%
25: Aisén	68,86%	79,22%	72,13%	68,53%	70,66%
26: Magallanes	77,90%	76,84%	78,04%	74,66%	73,17%
28: Arauco	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
29: Araucanía Norte	79,79%	76,81%	82,58%	79,95%	77,40%
33: Chiloé	65,65%	N.D.	58,29%	65,81%	70,45%
<b>Total general</b>	<b>86,79%</b>	<b>88,89%</b>	<b>88,42%</b>	<b>88,13%</b>	<b>86,91%</b>

Fuente: Elaboración propia basada en DEIS MINSAL.

La principal conclusión del indicador es que el índice ocupacional es mayor al 80% en varios Servicios de Salud (superan el 80% de ocupación en 2009 el 68% de los servicios de salud, en 2010 el 78% de estos servicios, en 2011 el 75%, en 2012 el 71% y en 2013 el 71,43%; por otra parte superan el 90% de ocupación el 11%, 37%, 25%, 29% y 21% de los servicios para los mismos años), lo que indica que las camas tienen una alta demanda y que se dispone de poco tiempo para una adecuada preparación de éstas entre pacientes, hechos que apuntaría a un déficit de camas.

La mayor ocupación se produce en el año 2010, lo que debiera estar relacionado a los efectos del terremoto.

Otro elemento a destacar es que el coeficiente de variación entre los servicios es bajo (entre 5% y 6% en el período), lo que nos señala que esta tendencia es homogénea a nivel nacional.

### Promedio Días de Estada (PDE)

Definición:

Promedio de días en que un paciente de la UPC permanece ocupando una cama crítica.

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de Días de Estada de Pacientes Egresados de UPC en el Año}}{\text{Total de Egresos de UPC del Año}} \%$$

Justificación:

Permite conocer la duración de la internación de los pacientes y evaluar la idoneidad de la estadía de los pacientes y el costo asociado a ella.

Fuente de Información:

REM 20, para todos los años de evaluación y todos los servicios.

Cálculo del Indicador:

**Tabla 6.17: Indicador PDE**

ECE	Año	Fórmula	Resultado
UPC	2013	$\frac{\text{Total de Días de Estada de Pacientes Egresados en el Año}}{\text{Total de Egresos del Año}} = \frac{754.062}{129.162} =$	Promedio Días de Estada = 5,84
	2012	$\frac{\text{Total de Días de Estada de Pacientes Egresados en el Año}}{\text{Total de Egresos del Año}} = \frac{722.309}{126.399} =$	Promedio Días de Estada = 5,71
	2011	$\frac{\text{Total de Días de Estada de Pacientes Egresados en el Año}}{\text{Total de Egresos del Año}} = \frac{712.875}{124.280} =$	Promedio Días de Estada = 5,74
	2010	$\frac{\text{Total de Días de Estada de Pacientes Egresados en el Año}}{\text{Total de Egresos del Año}} = \frac{671.347}{119.621} =$	Promedio Días de Estada = 5,61
	2009	$\frac{\text{Total de Días de Estada de Pacientes Egresados en el Año}}{\text{Total de Egresos del Año}} = \frac{660.851}{124.909} =$	Promedio Días de Estada = 5,29

Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

**Figura 6.12: Indicador PDE**

Servicio de Salud	Promedio Dias de Estada				
	2009	2010	2011	2012	2013
01: Arica	4,16	4,59	4,65	4,80	5,70
02: Iquique	5,77	5,47	5,58	4,06	3,88
03: Antofagasta	7,81	8,15	7,52	7,93	7,76
04: Atacama	4,18	5,02	5,84	6,47	6,65
05: Coquimbo	5,57	6,21	5,99	6,13	6,40
06: Valparaíso San Antonio	6,30	6,81	6,52	7,28	7,61
07: Viña del Mar Quillota	6,23	5,93	6,23	6,75	6,84
08: Aconcagua	3,69	5,30	5,48	5,05	5,31
09: Metropolitano Norte	2,34	2,78	2,94	2,88	2,91
10: Metropolitano Occidente	5,85	6,21	6,34	6,32	6,58
11: Metropolitano Central	7,18	7,43	7,42	7,79	7,63
12: Metropolitano Oriente	5,08	5,15	5,07	5,04	5,00
13: Metropolitano Sur	6,48	7,03	7,31	7,45	7,99
14: Metropolitano Sur Orient	6,29	6,07	6,10	6,21	6,18
15: Del Libertador B.O'Higgin	6,81	7,35	7,18	7,13	7,27
16: Del Maule	6,98	6,38	6,76	6,26	6,72
17: Ñuble	2,61	3,57	7,22	7,18	8,88
18: Concepción	5,75	6,13	5,79	5,96	6,56
19: Talcahuano	6,72	6,88	5,61	6,05	5,87
20: Biobío	6,01	6,19	6,74	6,82	5,70
21: Araucanía Sur	7,45	8,03	7,38	6,79	7,02
22: Valdivia	5,68	2,56	2,73	2,33	2,43
23: Osorno	6,23	6,24	2,34	2,20	2,95
24: Del Reloncaví	6,93	6,67	6,42	7,11	6,53
25: Aisén	5,56	6,89	7,29	6,13	6,09
26: Magallanes	5,58	5,47	5,72	5,20	5,22
28: Arauco	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
29: Araucanía Norte	3,60	2,93	4,80	4,08	4,55
33: Chiloé	3,33	N.D.	3,60	4,13	4,19
<b>Total general</b>	<b>5,29</b>	<b>5,61</b>	<b>5,74</b>	<b>5,71</b>	<b>5,84</b>

Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

La estadía promedio en camas de UPC sube en un 10% durante el período (tasa anual promedio de 2,5%), lo que se produce en el 55% de los SdS. El crecimiento más fuerte corresponde al de Ñuble, que pasa de 2,61 días de estada en 2009 (dentro de 10% de los más bajos) a 8,88 días en 2010 (el más alto), según los datos disponibles. Esta mayor permanencia implica una menor disponibilidad de camas para pacientes provenientes de urgencia (u otros servicios) e implicaría un mayor costo por paciente atendido, todo lo anterior redundaría una tendencia al aumento de la brecha de camas críticas<sup>184</sup>.

La distribución, medida a través del coeficiente de variación se mantiene estable con valores de este indicador en torno al 30% para el período.

### Tasa de Mortalidad (Letalidad) de la UPC

Definición:

---

<sup>184</sup> La mayor permanencia podría estar relacionada a multiples causas, tanto de mejora absoluta en la sobrevida de los pacientes como un encarnisamiento terapéutico. En otras palabras, no es factible de precisar la causa.

Indica la cantidad de muertos por cada 1.000 pacientes atendidos en la Unidad de Paciente Crítico.

Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de Pacientes Fallecidos en el Año en la UPC}}{\text{Nº de Pacientes Atendidos en el Año en la UPC}} \times 1.000$$

Justificación:

Indicador de la calidad de la atención

Fuente de Información:

REM 20, para todos los años de evaluación y todos los servicios.

Cálculo del Indicador:

**Tabla 6.19: Indicador tasa de mortalidad (Letalidad) de la UPC**

E/C/E	Año	Fórmula	Resultado
UPC	2013	$\frac{\text{Nº de pacientes fallecidos en E/C/E}}{\text{Nº de pacientes atendidos en el E/C/E}} = \frac{8.702}{129.162}$	<b>Tasa de Mortalidad (Letalidad) en E/C/E por cada 1.000 = 67,37</b>
	2012	$\frac{\text{Nº de pacientes fallecidos en E/C/E}}{\text{Nº de pacientes atendidos en el E/C/E}} = \frac{9.113}{126.399}$	<b>Tasa de Mortalidad (Letalidad) en E/C/E por cada 1.000 = 72,10</b>
	2011	$\frac{\text{Nº de pacientes fallecidos en E/C/E}}{\text{Nº de pacientes atendidos en el E/C/E}} = \frac{8.863}{124.280}$	<b>Tasa de Mortalidad (Letalidad) en E/C/E por cada 1.000 = 71,31</b>
	2010	$\frac{\text{Nº de pacientes fallecidos en E/C/E}}{\text{Nº de pacientes atendidos en el E/C/E}} = \frac{8.736}{119.621}$	<b>Tasa de Mortalidad (Letalidad) en E/C/E por cada 1.000 = 73,03</b>
	2009	$\frac{\text{Nº de pacientes fallecidos en E/C/E}}{\text{Nº de pacientes atendidos en el E/C/E}} = \frac{8.884}{124.909}$	<b>Tasa de Mortalidad (Letalidad) en E/C/E por cada 1.000 = 71,12</b>

Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

**Figura 6.13: Indicador tasa de mortalidad (Letalidad)**

Servicio de Salud	2009	2010	2011	2012	2013
	Tasa de Mortalidad (Letalidad) en E/C/E				
01: Arica	94,97	121,83	101,05	119,66	110,63
02: Iquique	74,44	63,25	68,49	47,20	42,63
03: Antofagasta	74,07	66,85	89,01	82,83	73,34
04: Atacama	124,00	138,68	124,17	110,86	89,65
05: Coquimbo	101,45	110,13	117,26	115,31	128,58
06: Valparaíso San Antonio	85,42	90,78	91,47	91,25	87,14
07: Viña del Mar Quillota	82,81	82,79	78,73	102,00	100,16
08: Aconcagua	119,60	84,37	93,75	93,52	108,04
09: Metropolitano Norte	48,95	51,38	45,23	46,17	41,19
10: Metropolitano Occidente	67,07	72,95	65,27	69,41	59,48
11: Metropolitano Central	87,23	93,83	89,71	85,20	76,63
12: Metropolitano Oriente	46,44	47,80	41,81	44,65	42,07
13: Metropolitano Sur	72,97	86,52	78,77	74,20	73,21
14: Metropolitano Sur Orient	72,88	70,29	73,91	66,02	73,61
15: Del Libertador B.O'Higgin	93,47	84,37	92,31	91,52	67,84
16: Del Maule	96,90	81,17	83,76	79,20	79,63
17: Ñuble	42,34	48,64	53,83	80,97	64,52
18: Concepción	71,20	64,32	61,62	65,58	61,00
19: Talcahuano	123,28	121,57	93,69	114,07	89,92
20: Biobío	75,27	72,75	69,08	61,22	54,85
21: Araucanía Sur	80,42	87,53	75,87	69,02	68,41
22: Valdivia	86,46	84,01	85,41	83,41	87,38
23: Osorno	115,38	79,81	98,81	93,66	76,16
24: Del Reloncaví	94,93	89,40	82,90	89,18	76,09
25: Aisén	106,17	95,24	71,50	79,86	65,63
26: Magallanes	59,89	65,57	64,81	55,41	48,24
28: Arauco	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
29: Araucanía Norte	74,07	62,62	82,03	107,56	100,21
33: Chiloé	136,25	N.D.	158,20	89,46	62,08
<b>Total general</b>	<b>71,12</b>	<b>73,03</b>	<b>71,31</b>	<b>72,10</b>	<b>67,37</b>

Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

La tasa de mortalidad muestra fluctuaciones durante el período de evaluación, sin embargo, de manera agregada, el resultado es positivo con una disminución de 5% entre 2009 y 2013.

En términos positivos destacan el Servicio de Salud Metropolitano Norte y el Servicio de Salud Metropolitano Oriente que, durante todo el período de evaluación se mantienen dentro del 20% de menor mortalidad entre todos los servicios, disminuyendo el indicador en 16% y 9% respectivamente, ubicándose el Metropolitano Norte como el servicio con menor tasa de mortalidad en 2013 (y la menor de todo el quinquenio).

Del mismo modo, es importante destacar las disminuciones en la tasa de mortalidad de los SdS de Iquique (-43%) y de Chiloé (-54%), pasando este último de tener el peor indicador en 2009 a estar entre el 20% con mejor resultado en 2013.

Por otra parte, Ñuble y Araucanía Norte muestran los mayores incrementos en el indicador, con un aumento de 52% y 35% respectivamente entre 2009 y 2013. Finalmente, los peores

resultados a 2013 los alcanzan Aconcagua, Arica y Coquimbo, este último con la mayor tasa de mortalidad de 128,58 por cada 1.000 pacientes atendidos<sup>185</sup>.

### **“Sapuificación” de la APS**

#### Definición:

Este indicador ve la relación existente entre las consultas por morbilidad en la APS y la cantidad de consultas de urgencia en los SAPU y mide el “mix” de pacientes de APS (electivos versus de urgencias).

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de consultas SAPU al año}}{\text{Nº de consultas médicas electivas al año}} \%$$

#### Justificación:

Este indicador muestra la importancia de las consultas de urgencia relativas a las consultas electivas. La APS tiene recursos limitados que debe repartir entre atenciones de urgencia y atenciones electivas las que le permiten al sistema anticipar los daños y mantener la salud. Una razón elevada significa que la población está recibiendo más atenciones de urgencia las que son de corta duración y no tienen un componente preventivo. Esto puede tener variadas causas: desde ser el reflejo de una población dañada que demanda una gran proporción de atenciones de urgencia, pasando por una tasa de utilización de servicios preventivos bajo, hasta una oferta mayor de atenciones de urgencia por decisión de los directivos de APS.

#### Fuente de Información:

Para las atenciones APS, se utilizó el informe “Consultas médicas realizadas en atención primaria, por Región y Servicio de salud, SNSS”, las que incluyen electivas y de urgencia, del DEIS MINSAL.

Para las atenciones del SAPU se utilizó el REM 08.

#### Cálculo del Indicador:

**Tabla 6.18.: “Sapuificación” de la APS**

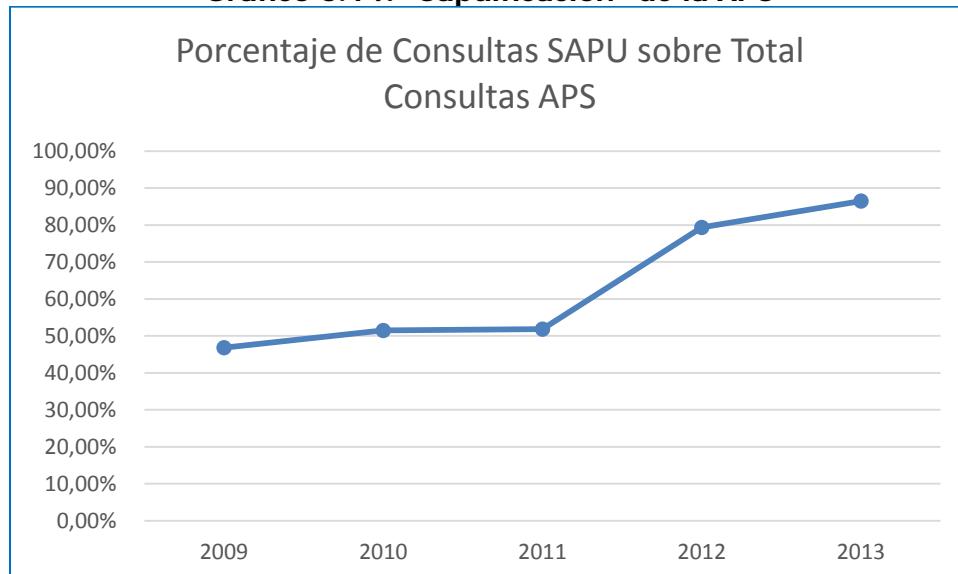
ECE	Año	Fórmula	Resultado
<b>SAPU</b>	<b>2013</b>	$\frac{\text{Consultas SAPU}}{\text{Consultas APS}} = \frac{9.403.444}{10.872.166}$	Porcentaje de Consultas SAPU sobre Total Consultas APS = 86,49%
	<b>2012</b>	$\frac{\text{Consultas SAPU}}{\text{Consultas APS}} = \frac{9.228.475}{11.630.878}$	Porcentaje de Consultas SAPU sobre Total Consultas APS = 79,34%
	<b>2011</b>	$\frac{\text{Consultas SAPU}}{\text{Consultas APS}} = \frac{8.491.266}{}$	Porcentaje de Consultas SAPU sobre Total Consultas APS = 51,84%

<sup>185</sup> Los datos disponibles para esta consultoría no permitieron explicar las causas de las diferencias.

ECE	Año	Fórmula	Resultado
		Consultas APS 16.380.714	SAPU sobre Total Consultas APS
	2010	Consultas SAPU 8.364.891 Consultas APS = 16.253.988	Porcentaje de Consultas SAPU sobre Total Consultas APS = 51,46%
	2009	Consultas SAPU 7.873.501 Consultas APS = 16.818.281	Porcentaje de Consultas SAPU sobre Total Consultas APS = 46,82%

Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

**Gráfico 6.14: "Sapuificación" de la APS**



Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

Resulta notorio el indicador de "sapuificación" de la APS, es decir, como la atención primaria en salud se realiza cada vez más a través de los SAPU, indicador que aumenta un 85% en el período (tasa de crecimiento compuesta anual de casi un 17%), lo que claramente no corresponde a cambios estructurales demográficos sino más bien a cambios conductuales o de incentivos para los usuarios.

Esto afecta negativamente a la Red debido a que se utilizan recursos destinados a urgencia a la atención de consultas electivas.

### Tabla Resumen

**Tabla 6.19: Resumen de indicadores**

ECE	Indicador	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
INDICADOR DE LA RED	Índice de Mortalidad (por cada 1000 pacientes)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	0,351	(a)
	Alfa	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	0,299	(a)

ECE	Indicador	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
	Índice de Mortalidad Ajustado (por cada 1000 pacientes)	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	1,175	(a)
	Costo Promedio por Atención de Urgencia	N.D.	N.D.	29.013	28.637	28.343	N.A.	(b) (c)
SUR	% de establecimientos que cuentan con protocolos clínicos	100,00%				N.A.	(d)	
	% de establecimientos que cuentan con existencia y evaluación de instrumento de satisfacción usuaria	100,00%				N.A.	(d)	
SAPU	% de establecimientos que cuentan con protocolos clínicos	100,00%				N.A.	(d)	
	% de establecimientos que cuentan con existencia y evaluación de instrumento de satisfacción usuaria	100,00%				N.A.	(d)	
	Resolutividad del SAPU (% Derivación a UEH)	2,51%	2,44%	2,19%	2,09%	1,96%	N.A.	
SAMU	% Traslados Móvil Tipo 1	78,34%	78,98%	75,66%	75,48%	72,93%	N.A.	
	% Traslados Móvil Tipo 2	20,86%	20,45%	23,63%	23,92%	26,36%	N.A.	
	% Traslados Móvil Tipo 3	0,80%	0,57%	0,72%	0,60%	0,71%	N.A.	
	Traslados M1 por Cada 1000 Beneficiarios	29,8	28,4	26,7	25,3	23,4	N.A.	
	Traslados M2 por Cada 1000 Beneficiarios	7,9	7,3	8,3	8,0	8,5	N.A.	
	Traslados M3 por Cada 1000 Beneficiarios	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	N.A.	
	Total Traslados por Cada 1000 Beneficiarios	38,0	35,9	35,3	33,5	32,1	N.A.	
SELECTOR DE DEMANDA	% C1	0,65%	0,53%	0,42%	0,43%	0,38%	N.A.	(e)
	% C2	7,58%	7,05%	6,85%	5,65%	5,44%	N.A.	(e)
	% C3	29,88%	32,02%	32,46%	34,61%	36,42%	N.A.	(e)
	% C4	26,27%	30,90%	34,27%	37,01%	41,12%	N.A.	(e)
	% C5	N.D.	N.D.	N.D.	8,54%	11,03%	N.A.	(e)
	% Sin Categ.	35,62%	29,50%	26,01%	13,75%	5,61%	N.A.	(e)
	% Categorizados	64,38%	70,50%	73,99%	86,25%	94,39%	N.A.	(e)
UNIDAD DE EMERGENCIA HOSPITALARIA	% de pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de 12 horas	77,52%	69,85%	50,65%	71,42%	65,85%	N.A.	(e)
	Costo Promedio por	N.D.	N.D.	48.740	46.790	45.492	N.A.	(b) (f)

ECE	Indicador	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO	Atención Realizada (\$)							
	Alfa	N.D.	N.D.	0,537	0,472	0,448	N.A.	(e)
	Costo Promedio Ajustado por Alfa por Atención Realizada (\$)	N.D.	N.D.	90.782	99.160	101.648	N.A.	(b) (e) (f)
	Mortalidad (Letalidad) UEH por Cada 1000 Pacientes	N.D.	2,93	4,65	5,55	6,71	N.A.	
	Alfa	0,592	0,562	0,537	0,472	0,448	N.A.	
	Mortalidad (Letalidad) UEH Ajustada por Alfa por Cada 1000 Pacientes	N.D.	5,21	8,66	11,76	15,00	N.A.	
	Índice Ocupacional	86,79%	88,89%	88,42%	88,13%	86,91%	N.A.	(g)
	Promedio Días de Estada	5,29	5,61	5,74	5,71	5,84	N.A.	(g)
	Tasa de Mortalidad (Letalidad) en ECE por cada 1.000	71,12	73,03	71,31	72,10	67,37	N.A.	(g)
	Costo Promedio por Atención Realizada (\$)	N.D.	N.D.	342.250	344.031	336.759	N.A.	(b) (c)
(a) = Fuente: DAU Electrónico.								
(b) = Fuente: Costos estimados en este estudio. Valores en Pesos de 2013.								
(c) = Valor sin ajustar por alfa, que no se encuentra disponible para el período de evaluación.								
(d) = Fuente: Levantamiento de información en terreno.								
(e) = Fuente: DEIS MINSAL.								
(f) = Fuente: DEIS MINSAL para el número de atenciones de urgencia.								
(g) = Fuente: DEIS MINSAL								
N.D. = No Disponible								
N.A. = No Aplica								

## Otros indicadores

ECE	Indicador	2009	2010	2011	2012	2013	2014
RED Nº de atenciones per cápita, por tipo de establecimiento	Costo Total Ajustado por Alfa	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	94.830	N.D.
	UEH AC	0,521	0,501	0,471	0,470	0,456	N.D.
	UEH MC	0,111	0,105	0,109	0,107	0,104	N.D.
	SAPU	0,630	0,657	0,643	0,690	0,699	N.D.

ECE	Indicador	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Hospital de baja complejidad (HBC) y APS NO SAPU	0,269	0,272	0,241	0,247	0,251	N.D.
	SUR	0,191	0,191	0,199	0,210	0,215	N.D.
	UPC UCI (Egresos)	0,003	0,003	0,003	0,003	0,003	N.D.
	UPC UTI (Egresos)	0,007	0,007	0,007	0,007	0,007	N.D.
	TOTAL	1,732	1,736	1,672	1,733	1,735	N.D.
	Tasa de mortalidad por cada 1000 pacientes	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	0,351
	Tasa de mortalidad ajustada por alfa por cada 1000 pacientes	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	1,175

### VI.3. Conclusiones del capítulo

En cuanto a los indicadores, los que más llaman la atención positivamente es el aumento de los pacientes que fueron categorizados en las UEH del país en el periodo en estudio y la alta resolutividad de la atención de urgencia en APS (no obstante, en este caso se debe tener en cuenta que la alta resolutividad puede estar sobre estimada por demanda insatisfecha que no se manifiesta en los atendidos en el SAPU). La falta de trazabilidad de pacientes hace imposible determinar con certeza la resolutividad de cada ECE de la RdU.

En términos del desempeño de los componentes de la Red es preocupante constatar que existe un aumento de la razón consultas de urgencia versus electivas lo que es un indicador de la "sapuificación" de la atención lo que atenta contra el modelo de atención de APS.

Asimismo, es relevante hacer notar que la proporción de pacientes que esperaron menos de 12 horas para hospitalización disminuyó levemente y el porcentaje de pacientes que fallecieron esperando una cama en el periodo de estudio se triplicó. En el caso de la UPC destaca el elevado índice ocupacional que presentan. Los tres indicadores comentados anteriormente sugieren una falta crónica de camas que además empeoró en el período de estudio.

Otro elemento a destacar es que los costos promedio por atención de urgencia presentan una leve disminución de 2,31% real para los tres años, es decir, un pequeño incremento en la eficiencia para el período en análisis.

Finalmente, surge como un problema crítico la falta de datos para evaluar el desempeño del SAMU y el SAUD.

## VII. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones del estudio son las siguientes:

### Diseño y operación de la Red de Urgencia (Nivel 1 y 2)

El principal hallazgo en esta área dice relación con la diferencia existente entre el diseño de la RdU y la operación de la misma. En particular, el diseño piramidal de la RdU apunta a que el mayor porcentaje de pacientes sean atendidos en los niveles de menor complejidad y viceversa. No obstante, los datos disponibles indican que el porcentaje de atenciones de urgencia que requerirían teóricamente un manejo de mayor complejidad (entre un 23% en el 2009 a un 16% en el 2013) son superados por los que efectivamente ocurren (entre un 37% en el primer año a un 32% en el último), al menos durante el período de análisis.

Lo anteriormente señalado es acompañado por un aumento en el porcentaje de pacientes categorizados como C4 y C5 en las UEH de alta complejidad, los cuales pasan desde un 41% a un 55%, en un contexto en el cual los pacientes no categorizados disminuyen de un 36% a un 6% y las atenciones de urgencia casi permanecen fijas en torno a 1,7 por BF. Es decir, en esta mejora del proceso de identificación de la gravedad del paciente en el nivel de mayor complejidad y costo de la RdU (\$43.842 en moneda de 2013), los que más aumentan son precisamente aquellos que teóricamente deberían ser atendidos en los niveles de menor complejidad y costo (\$4.769 en moneda del 2013, menos de un 11% del costo promedio de la atención en una UEH de alta complejidad).

En otras palabras, los antecedentes disponibles evidencian que si bien existen espacios de mejora para el diseño de la RdU, su lógica de niveles de atención es consistente con la red asistencial que la sustenta. Las mayores falencias se encuentran en el funcionamiento de la RdU.

### Eficacia y eficiencia de la RdU (nivel 2 y 3)

Respecto de los resultados de la RdU en cuanto a estándares internacionales, llama la atención la falta de datos sobre el tiempo de llegada de los móviles al evento que motivó la necesidad de atención pre hospitalaria, lo que no permite medir su efectividad comparado con estándares internacionales. Por otro lado, la información disponible para la proporción de personas que esperan para hospitalización en determinados rangos de horas no es comparable con otros sistemas de salud (por ejemplo, Reino Unido define como tiempo máximo de espera 4 horas). En este sentido, aún existe una proporción importante de pacientes que esperan más de 12 horas para hospitalizarse (pasando desde un 22,5% en el año 2009 a un 34,2% en el 2013), lo que da cuenta de una baja efectividad del sistema de salud en su conjunto. Lo anterior, no es absoluta responsabilidad de la red de urgencia, debido a que podría explicarse por la falta de camas agudas para la población asegurada por el FONASA, las cuales dependiendo del estándar internacional utilizado van desde 11.462 (OMS) a 39.710 (OCDE) camas.

Respecto de la mortalidad ajustada por categorización de la RdU (proxy del desempeño de la red) no se puede observar una tendencia por contar sólo con un punto en el tiempo. Sin embargo, en el período aumentan la mortalidad ajustada por categorización de las UEH en

casi 3 veces y la proporción de pacientes que fallecen en una UEH en 2,3 veces, lo que da cuenta de una disminución de la efectividad de la RdU y de los componentes de la Red Asistencial que se relacionan con ella, especialmente las unidades de hospitalización básica e intensivas.

En la APS, existen indicios que su efectividad podría ser alta dado el pequeño porcentaje de casos que derivan a niveles de complejidad mayor, en promedio un 1,85%. Sin embargo, no se puede corroborar ya que no se dispone de datos que muestren el porcentaje de casos que vuelven a consultar antes de las 72 horas para tener una estimación de la cantidad de casos que efectivamente se resolvió en el SAPU, tampoco se cuenta con la información que respalde que ese paciente no consultó en otro establecimiento por la misma dolencia (trazabilidad).

Los costos unitarios por atención de urgencia a nivel nacional han disminuido suavemente durante los años 2011 y 2013, en un 2,4%, lo cual indicaría que el control del gasto y sin corregir por las características de los pacientes, ha aumentado durante dichos años.

El número total de atenciones de urgencia aumenta un 7,8%, porcentaje similar al crecimiento de los beneficiarios del FONASA, con lo cual la tasa de atenciones por beneficiario se mantiene casi constante (pasa de 1,72 a 1,73). Esto acompañado de un porcentaje mayor de categorización de dichos pacientes, desde un 64,4% a un 94,4%, nos indica que se conocería mejor a la población consultante de la RdU. Por otro lado, el porcentaje de pacientes clasificado en las categorías C4 y C5 en las UEH de alta complejidad aumenta durante el período de análisis desde un 26% a un 52%. Estos antecedentes, junto con el aumento de la mortalidad y la contención del costo asociado a la atención de urgencia, indican que la costo efectividad de la RdU ha disminuido durante el periodo de evaluación.

## Brechas (nivel 2)

Entre las brechas más importantes se aprecia la alta utilización de las camas de la UPC, las cuales superan en todo el período de evaluación un 86% de ocupación, superior al óptimo establecido de un 80%. Esto se traduce en una capacidad de producción reducida y en algunas circunstancias podría llevar a un rechazo de pacientes. A pesar de esto, los pacientes C1 y C2, mayoritariamente usuarios de cama crítica, ven solucionado su problema, según lo aseverado en las entrevistas, a través de la compra de camas a privados si es que no hay disponibilidad en los hospitales.

Por otro lado, el número de pacientes que ingresan a cama hospitalaria antes de las 12 horas disminuye desde un 77,5% a un 65,9%, señal de una merma en la capacidad para hospitalizar a los pacientes que requieren de una cama. Esto no sólo se asocia a una falta de camas críticas sino también a una falta importante de camas agudas. Como se señaló, cualquiera sea el estándar promedio de número de camas totales por habitante se necesitaría aumentar el número de camas.

Por otra parte, en las UEH de alta complejidad es posible apreciar también un número significativo de pacientes C3, casi un 39% al final del período de análisis, los que deben esperar mayor tiempo por cama aguda (grupo que mayormente satura las UEH según las

entrevistas y el trabajo en terreno). Estos pacientes, que corresponden al grupo de mayor incertidumbre diagnóstica en términos de complejidad (y por lo tanto son los que más se benefician de acceso expedito a procesos diagnósticos terapéuticos) deben esperar mientras se desocupan las camas de los servicios clínicos durante la mañana, lo que es posible deducir de la práctica clínica habitual, lo observado en terreno y las curvas de acumulación de colas de espera en las UEH del SSMSO. **La acumulación de pacientes podría ser producto de la espera por desocupar camas en el interior del hospital a nivel de los servicios clínicos o por sobredemanda de las unidades de apoyo (rayos, laboratorio) especialmente en horario hábil.** Lo que se agrava con las debilidades de gestión clínica debidas a la carencia de instrumentos informáticos adecuados e interconectados, además de información clínica contemporánea al funcionamiento de los servicios.

Por último, en la APS, que aumenta su participación en el total de atenciones de urgencia desde un 63% a un 68%, las atenciones electivas han ido disminuyendo en desmedro de las atenciones de urgencia. En el 2009 se realizaban 8 atenciones de SAPU por cada 10 atenciones electivas en APS, aumentando a 12 atenciones de urgencia por cada 10 en 2013. Esto da cuenta de la "sapuificación" de la atención, fenómeno que no es deseable para el modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario que existe en nuestro país. Además, la disminución relativa de consultas en los CESFAM puede estar incidiendo también en el aumento de consultas no sólo en el SAPU sino que también en las UEH, aunque es difícil identificar si el aumento de consultas de urgencia es reactivo a una disminución de consultas electivas o se debe a un fenómeno de demanda inducida por el aumento de un 22% en la cantidad de SAPU en el país. En este último caso, la educación de la población en el mejor uso de los recursos juega un rol importante en poder entregar un servicio adecuado donde la demanda por servicios sea acorde a la complejidad de los mismos.

Adicionalmente un tema preocupante es el financiamiento de los ECE de APS, por parte del MINSAL. Los datos disponibles en esta consultoría<sup>186</sup>, indican que el aporte directo del sector en el financiamiento de la operación no superan el 60% del mismo, debiendo ser cubierta esta brecha (aparentemente) por el municipio. Aún más, las instancias de financiamiento (MINSAL y Ministerio de Hacienda) no disponen de datos actualizados sobre el nivel óptimo de gastos de un ECE de APS ni tampoco de sistemas de control al respecto.

### **Disponibilidad de datos para el análisis y la gestión (todo nivel)**

Existe una carencia grave de información operativa a nivel nacional que permita modelar y optimizar los procesos locales que dan origen a una atención de urgencia. Esta información actualmente se registra en el DAU que, aunque ha mejorado notoriamente su calidad (desde el 2009 al 2013 se incluye más data, de más centros y de mejor calidad), sigue siendo insuficiente en términos del nivel de detalle, coherencia y estructura.

Los datos críticos a obtener para gestionar y evaluar la RdU, dicen relación con indicadores de procesos y resultados para SAMU, en especial, tiempos de llegada y de traslado del móvil, y letalidad asociada al proceso de medicina pre hospitalaria. Si bien existen datos respecto de la categorización de los pacientes, esta no se cruza con los diagnósticos,

---

<sup>186</sup> De los SAPU y SUR a los cuales se les consultó por información, solamente 2 (equivalentes a un tercio) entregaron datos consistentes que pudieron ser utilizados por esta consultoría.

impidiendo evaluar en profundidad la pertinencia de la atención en los distintos niveles de complejidad. Sería de gran importancia conocer las características demográficas y epidemiológicas de los pacientes que fallecen en la RdU, dado que tal información es vital para la toma de decisiones en políticas públicas. Otro aspecto de importancia es la necesidad de contar con datos que permitan la trazabilidad de los pacientes que acceden al sistema, en particular a la RdU, ello con el fin de evaluar la efectividad de las atenciones entregadas en la red. Finalmente es menester disponer de información que permita determinar el costo de operación de los ECE de la APS, con el objeto de precisar el costo total de la RdU.

Por último, cada centro con atención de urgencia dispone de un set de procesos en los que no se registran parámetros de operación claves para su optimización, por ejemplo: la constatación de los tiempos de atención, los diagnósticos de entrada y salida de los pacientes, los rechazos de atención, entre otros. Considerando la gran fluctuación diaria que tiene la demanda de cada centro, es esperable que las restricciones en cada momento del día sean distintas, por ejemplo, a la dependencia de la liberación de camas de hospitalización. Esta realidad de "cuellos de botella móviles" debe ser analizada si se busca optimizar el uso de los recursos. Dicha variabilidad ha de ser tratada con herramientas de análisis más adecuadas, como sistemas dinámicos estocásticos, a diferencia de los modelos estáticos utilizados en la actualidad.

## **VIII. RECOMENDACIONES**

Las recomendaciones se enfocan principalmente en la optimización del funcionamiento de la red (implementación y/u operación del diseño) con excepción de la primera, la que está destinada al inicio de un paso inicial de mejoramiento de la RdU.

### **1. Analizar el diseño de la Red**

Es menester revisar acuciosamente si el diseño en el que se sustenta la RdU es el adecuado para la realidad del país, puesto que el funcionamiento actual de la red no conversa con el diseño actualmente vigente.

Es por ello que resulta importante abordar este tema a través de un estudio específico que revise el diseño y proponga una mejora y/u optimizaciones del mismo. De la misma forma, si el diseño actual resulta adecuado o no, habrá que definir los procesos e incentivos que permitan que la operación responda al diseño y pilotear los procesos e incentivos propuestos antes de implementarlos en toda la RdU.

### **2. Aumentar la eficacia y la eficiencia**

#### **2.1 Gestión de Demanda (llamados y orientación al usuario)**

Se propone mejorar y optimizar la actual estructura “Salud Responde”, para orientar adecuadamente al usuario respecto del trabajo de la red de urgencia, la importancia de la consulta oportuna y las distintas alternativas disponibles según el tipo de problema presentado, así como también, la distribución territorial de la oferta de prestaciones en este ámbito. En este contexto, y dado que se encontró una falencia respecto a los datos del SAMU, se recomienda incorporar en el actual centro de llamados las aplicaciones que permitan llevar un registro detallado del número de llamados, tiempos de traslado y rechazo de casos entre otros, así como profundizar los actuales servicios de orientación médica telefónica respecto al manejo de condiciones menos graves en el domicilio y guiar a las personas respecto de qué hacer y dónde consultar en caso de necesitar asistencia presencial<sup>187</sup>. Adicionalmente, se sugiere que este sistema de recepción y gestión de los llamados realizados al SAMU sea único con el fin de optimizar los recursos en las distintas redes.

Entre las alternativas destinadas a mejorar la gestión de la demanda se recomienda implementar programas de educación a la población respecto del tipo de consulta de urgencia, donde debería realizarla y la utilización de Salud Responde.

#### **2.2 Recomendaciones para mejorar la calidad de atención de casos con riesgo vital**

Existen dos casos en los cuales se detectan problemas que redundan en una mayor mortalidad de los pacientes de la Red. La primera es la actuación del SAMU ya que una de

---

<sup>187</sup> Si bien no se conoce el porcentaje de personas que podría manejar su problema de salud en su domicilio, el porcentaje de personas que debería atenderse en un SAPU en vez de en una UEH a nivel nacional es de alrededor de 45% en 2012 y 52% en 2013.

las consecuencias de una falla en este componente puede terminar en una muerte evitable. Para poder evaluar la magnitud de este problema y poder generar recomendaciones más detalladas es necesario contar con información que permita identificar estos eventos y cruzar esta información con datos de oferta de móviles, recursos humanos, etc. La recomendación en este caso es integrar a todos los móviles de cada Región bajo una dependencia administrativa (SAMU) y mejorar su gestión de flota, por medio de la incorporación de tecnología de amplia utilización en la industria de la logística<sup>188</sup>. Cada red de atención debiera contar con un sistema y proceso de gestión de flota que considere todos y cada uno de los trasladados que se realizan al interior de las redes, independiente de la dependencia administrativa del móvil que ejecuta el traslado. De esta manera se podrían optimizar los tiempos de respuesta, asegurando que el tipo de móvil que realiza el traslado está acorde a las necesidades del caso clínico correspondiente. Esta gestión de flota debiera considerar también el rescate y traslado aéreo, el cual depende de acuerdos con instituciones cuyos fines son totalmente distintos a los de la RdU.

En segundo lugar, existe la necesidad de mejorar el flujo desde los servicios de urgencias hacia las unidades de hospitalización lo que evitaría casos de personas que mueren esperando una cama lo que probablemente se asocia a la brecha de camas totales y críticas descritas anteriormente. Se necesita una mayor oferta de camas, aunque sería necesario investigar qué sucedió en estos casos para poder realizar una recomendación más certera. Si existiera información acerca del tipo de cama que los pacientes estaban esperando se podría realizar un análisis más exacto respecto de las causas de este tipo de evento.

## 2.3 Recomendaciones para mejorar la calidad de atención de casos sin riesgo vital:

En este caso las recomendaciones incluyen:

1. Aumento del horario de atención de los SAPU y SUR, para absorber la demanda de baja complejidad que consulta en las UEH.
2. Constatar la resolutividad de la APS, mediante la trazabilidad efectiva de los pacientes.
3. Aumentar el acceso a consultas de especialidad. Estas primeras recomendaciones van en línea con lo observado en el volumen creciente de pacientes de baja complejidad que consultan en centros de alta complejidad y el incremento concomitante de la proporción de pacientes que se atienden en niveles de APS. Estas tres medidas apuntan a mejorar el acceso a este nivel de atención para potenciar las ventajas de una atención continua en casos no urgentes y un mejor uso de recursos complejos en los centros destinados a resolver cuadros urgentes y de riesgo vital.
4. Mejorar el flujo de pacientes en la UEH, es decir, optimizar los tiempos de atención y traslado de los pacientes<sup>189</sup>. Esto se puede lograr mediante intervenciones que se han descrito en la literatura como efectivas para este

---

<sup>188</sup> Es necesario reiterar que tanto los SAPU como las UEH disponen de móviles que operan localmente sin coordinación con el SAMU.

<sup>189</sup> Para una revisión sistemática respecto de las intervenciones para mejorar el flujo de pacientes en las UEH ver Elizabeth ELDER, Amy NB JOHNSTON and Julia CRILLY. Emergency Medicine Australasia (2015) 27, 394–404 doi: 10.1111/1742-6723.12446. Review article: Systematic review of three key strategies designed to improve patient flow through the emergency department.

propósito (ver Anexo 6). Una de las intervenciones que aparece como más atractiva es la expansión del rol de las enfermeras en el diagnóstico y tratamiento inicial de los pacientes. Por otro lado, resolver el cuello de botella de salida de la UEH hacia las unidades de hospitalización básicas se resuelve haciendo más eficiente la gestión de estas camas en primer lugar. En términos de los problemas para acceder a exámenes se puede mejorar realizando una priorización en los laboratorios y servicios de imagenología respecto al trabajo que ahí se realiza. En este caso sería necesario saber cuál es la prioridad que se le da a los exámenes solicitados en las UEH en estos servicios.

5. Sistema de registro clínico integrado al interior de cada red. Este sistema de registro debiera implementarse en el contexto de los proyectos SIDRA (Sistema de Información de la Red Asistencial), lo que permitiría visualizar toda la información clínica del paciente independiente del lugar donde haya recibido las prestaciones. De la misma manera y considerando las características propias de nuestro sistema de SdS, debiera existir un conjunto mínimo de datos que permita compartir la información entre distintas redes de atención. De la misma manera, este sistema debiera permitir el registro adecuado de las prestaciones otorgadas e insumos empleados en cada atención, permitiendo una correcta evaluación y seguimiento de los costos asociados a la atención de urgencia. Asimismo, los pacientes y las entidades aseguradoras podrían contar con un registro de la cuenta corriente generada a partir de cada atención, mejorando la generación y recuperación de los ingresos propios.
6. Sistema de acreditación de gestión en red de la atención de urgencia por SdS. Si se considera que las redes de urgencia deben funcionar como un todo, debiera existir un proceso de acreditación que permita asegurar a los pacientes, que cada uno de los establecimientos por sí solo y la red en su totalidad, cumple con los parámetros que se establecen como deseables para incorporar criterio de calidad comunes y reconocibles para cada red de urgencia. De la misma manera, debiera existir un proceso de acreditación de la atención extramural entregada por el SAMU, así como también, la entregada por los otros componentes responsables del traslado y atención pre-hospitalaria al interior de las redes de urgencia.

### **3. Disminuir las brechas**

Para disminuir las brechas se propone implementar intervenciones para mejorar la gestión de camas<sup>190</sup>, que considera variadas alternativas que van desde la optimización de los promedios de días de estada hasta la administración centralizada de camas en los distintos establecimientos hospitalarios. Sin embargo, dichas opciones deben ir acompañadas del aumento en la disponibilidad en el número de camas, en particular agudas o médica quirúrgicas, en el SNSS, que podría considerar el incremento de su dotación y la compra en el sector privado.

---

<sup>190</sup> Para una lista extensa de intervenciones para mejorar el flujo de camas se sugiere ver Derlet RW, Richards JR. Ten Solutions for Emergency Department Crowding. Western Journal of Emergency Medicine. 2008;9(1):24-27.

Por otro lado, en la APS se recomienda analizar el aumento del horario de atención de los CESFAM para disminuir la “sapuificación” en este nivel de atención y responder de mejor forma a los flujos de demanda de los asegurados del FONASA.

#### **4. Mejorar la información para la gestión (set de indicadores para la rectoría)**

En cuanto a los indicadores a utilizar en la Red de Urgencia, ha quedado claro en este informe que los indicadores con los que se cuenta para el período de evaluación no son suficientes para medir el desempeño del sistema de salud, tanto en cantidad como en calidad. Además, es necesario estar monitoreando el comportamiento de algunos indicadores para ir alertando a las dependencias respectivas acerca de la evolución de estos indicadores.

A continuación se propone un conjunto de indicadores de desempeño que permitan evaluar las distintas dimensiones de la atención de urgencia en la Red. Estos indicadores están pensados para medir de forma gruesa cada una de las siguientes dimensiones las que habitualmente generalmente se buscan evaluar la prestación de servicios de salud.

**Tabla 7.1.: Criterios para establecer indicadores para la Rectoría de la RdU**

Efectividad: Grado en que los proveedores alcanzan los mejores resultados (los mayores beneficios) posibles para los pacientes atendidos y las poblaciones a las que sirven
Calidad Grado en que los proveedores se ajustan a estándares predefinidos y pericia de procesos que implican mayor calidad
Adecuación
Continuidad
Equidad: valora el grado en que los individuos tienen la misma oportunidad de recibir una atención efectiva. Accesibilidad valora como una organización consigue optimizar la distancia y el tiempo hasta la prestación de los servicios.
Accesibilidad
Aceptabilidad: se refiere al grado en que los usuarios son tratados con humanidad, dignidad y respeto, pero también a su satisfacción con la atención recibida.
Eficiencia, se refiere al grado en que los recursos son usados de forma que ofrecen los mayores beneficios posibles en relación con sus costos

Fuente: Adaptado de Peiró S. Capítulo 2 De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Vicente Ortún (editor) José R. Banegas, Manuel Conde Herrera, Beatriz González López-Valcárcel, Ramón Hernández-Vecino, Ricard Meneu de Guillerna, María Teresa Olcoz Chiva, Salvador Peiró Moreno, Fernando Rodríguez Artalejo, Carlos Rodríguez Pascual y Alfonso Segarra Medrano. GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA DE LA PRÁCTICA DIARIA A LA ACADEMIA, IDA Y VUELTA. Edita: Masson SA, 2003. ISBN: 84-458-1308-0, 258 páginas

En base a esta conceptualización se propone implementar los siguientes indicadores que permitan supervisar y monitorear el funcionamiento del componente de atención de urgencia de la Red Asistencial. Existen dos indicadores que serían críticos de calcular: el tiempo de respuesta móvil SAMU para casos con y sin riesgo vital y el tiempo de espera para hospitalización. En el estudio se determinó que el primer indicador no se puede calcular con la data disponible. El segundo indicador se reporta en 5 categorías en la data del DEIS MINSAL, sin embargo sería recomendable medirlo este dato como variable continua con el fin de poder establecer comparaciones internacionales. Estos indicadores se proponen sin

perjuicio de que los SdS o los prestadores públicos definan otros indicadores que puedan apoyar su gestión habitual (Tabla 7.2 del capítulo de recomendaciones).

Cabe hacer notar que algunos de estos indicadores ya se pueden calcular con los datos disponibles, sin embargo muchos de ellos podrán ser medidos de mejor manera una vez que el DAU electrónico comience a implementarse definitivamente en todos los establecimientos de la Red.

**Tabla 7.2 Indicadores propuestos para la Red de Urgencia para la Rectoría**

Dimensiones	Indicadores propuestos		
Efectividad	Mortalidad en la Red de urgencia (por cada ECE) ajustado por categorización (por edad, sexo y diagnóstico)	Resolutividad de los distintos ECE considerando el mismo numero de identificación para toda la red	
Calidad	Porcentaje de cumplimiento protocolo GES IAM	Tiempo de espera para hospitalización	
Adecuación	Tiempo de espera para atención por medico según categoría final de triage	Diagnósticos de egreso por categorización, edad y sexo	
Continuidad	Porcentaje de pacientes con contrarreferencia a la APS	Tiempo de espera para atención a pacientes derivados desde APS según categorización	
Equidad	Ánálisis de los indicadores por servicio de salud y comuna		
Accesibilidad	Tiempo de respuesta móvil SAMU para casos con y sin riesgo vital	Porcentaje de rechazos o DNW (did not wait) en cada ECE	Tiempo de espera para hospitalización
Aceptabilidad	Porcentaje de personas satisfechas o muy satisfechas con la atención de urgencia		
Eficiencia	Costo promedio por atención de urgencia en cada ECE	Gasto promedio por GRD	

Fuente: elaboración propia

Complementario a lo anterior, debemos indicar la necesidad de implementar a nivel nacional un sistema de información y registro que permita, por una parte, determinar los indicadores de Rectoría y realizar el monitoreo y seguimiento de los mismos y, por otro lado, optimizar la gestión de la RdU, especialmente en aquellas áreas señaladas como falentes en la presente investigación.

En vista de las falencias de información observadas se propone la implementación de un piloto en un SdS que tenga un nivel aceptable de captura de datos para generar información nueva y relevante que permita aclarar algunas de las dudas planteadas en este informe (los C4 que consultan en UEH, diagnósticos de pacientes fallecidos esperando cama, entre otras).

Por último se propone que el MINSAL establezca una norma que explice el lugar de atención recomendado para cada una de las categorías de triage.

## IX. COHERENCIA Y PRIORIDADES

### Prioridades de intervención

Un primer mecanismo de priorización dice relación con el impacto que las medidas propuestas pueden llegar a tener en la salud de la población. En este sentido, se hace necesario priorizar las intervenciones para mejorar la calidad de atención de casos con riesgo vital, que corresponde al punto 2.2 de las recomendaciones, lo que tendría un impacto en la mortalidad de los pacientes atendidos en la Red de Urgencia, a saber<sup>191</sup>: i) **la integración de todos los móviles de cada Región bajo una dependencia administrativa (SAMU) y mejorar su gestión de flota**, por medio de la incorporación de tecnología de amplia utilización en la industria de la logística y ii) **Mejorar el flujo desde los servicios de urgencias hacia las unidades de hospitalización básicas e intensivas**<sup>192</sup>. En ambos casos, habría que comenzar a abordar estos problemas mejorando la información disponible para evaluar la magnitud de los mismos y sus posibles causas.

Una vez abordados estos dos problemas se sugiere implementar el resto de las medidas las que han sido priorizadas según los siguientes criterios los que son utilizados clásicamente en procesos de priorización sanitaria:

- a) Magnitud, en este caso se refiere a la cantidad de prestaciones involucradas.
- b) Trascendencia, se refiere al impacto en la población involucrada.
- c) Factibilidad técnica, se refiere a la posibilidad efectiva de ser realizada.
- d) Costo económico financiero, se refiere al uso eficiente de los recursos.
- e) Equidad, se refiere al otorgamiento igualitario de la prestación atención de urgencia.

### Evaluación en base a los criterios de priorización.

A continuación se evalúan cada una de las intervenciones propuestas en términos de los criterios de evaluación anteriormente definidos.

#### 1. Analizar el diseño de la RdU

Un estudio específico para revisar y proponer mejoras al diseño de la RdU tendría un costo bajo y una factibilidad técnica alta, sin embargo esta recomendación es sólo un paso inicial que tendría un impacto en el mediano a largo plazo en la población.

#### 2. Aumentar la eficacia y eficiencia

<sup>191</sup> Para una discusión acabada respecto del impacto de la atención pre-hospitalaria y del buen flujo de pacientes hacia "adentro del hospital" ver "Kobusingye Olive C., HyderAdnan A., Bishai David, Hicks Eduardo Romero, Mock Charles, JoshipuraManjul. Emergency medical systems in low- and middle-income countries: recommendations for action. Bull World Health Organ[Internet]. 2005Aug [cited2016Jan19] ;83( 8 ): 626-631. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0042-96862005000800017&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862005000800017&lng=en).<http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862005000800017>" y "Forero R, McCarthy S, Hillman K. Access block and emergency department overcrowding. *CriticalCare*. 2011;15(2):216. doi:10.1186/cc9998.", respectivamente.

<sup>192</sup> Cabe hacer notar que en el caso de las camas intensivas existe un elemento de la RdU dedicado a la gestión de camas críticas que fue bien evaluado por los entrevistados.

## 2.1 Gestión de demanda (llamados y orientación al usuario).

Esta alternativa tiene el potencial de alcanzar a una gran cantidad de personas que están aquejadas de problemas de salud de baja y mediana complejidad. El costo de implementar un centro de este tipo sería alto, sin embargo ya existe una iniciativa que podría modificarse para cumplir con estos propósitos llamada Salud Responde, por lo que la factibilidad de esta alternativa es alta. La trascendencia de esta alternativa es mediana.

## 2.3 Recomendaciones para mejorar la calidad de la atención sin riesgo vital.

### a) Aumento del horario de atención de los SAPU y SUR.

En cuanto a la magnitud de la intervención, un aumento de las prestaciones a nivel de la APS impactaría a una gran cantidad de población. La trascendencia de esta alternativa es intermedia debido a que ésta afectaría a personas con condiciones de salud menos graves. La factibilidad de aumentar la oferta es intermedia ya que existen barreras tales como la escasez de recursos humanos dispuestos a trabajar en APS. Por otro lado, el costo asociado a esta alternativa es intermedio ya que las atenciones de APS son relativamente menos costosas que atenciones más complejas. Cabe hacer notar que este tema es controversial ya que algunos actores argumentan que aumentar el horario de funcionamiento del SAPU es contrario al modelo de salud familiar ya que es una invitación a seguir consultándolos, en desmedro de la atención electiva. Finalmente, este aumento del horario está asociado con una mayor equidad dado que una gran proporción de las personas que se atiende en los SAPUS y SUR no tiene acceso a prestadores privados.

### b) Constatar la resolutividad de la APS mediante la trazabilidad efectiva del paciente.

Esta iniciativa podría alcanzar a una gran cantidad de personas, sin embargo su costo podría llegar a ser alto ya que implica implementar sistemas de información que permitan la trazabilidad efectiva del paciente.

### c) Aumentar acceso a atenciones de especialidad

Esta intervención tiene una evaluación similar al aumento del horario de atención de los SAPU y SUR, sin embargo la factibilidad es incluso menor debido a la escasez de especialistas en el país. Dado que se trata de atención especializada el impacto de esta recomendación es mayor que el aumento de horario mencionado anteriormente.

### d) Mejorar el flujo de pacientes en la UEH.

En general la magnitud de estas intervenciones es media y su costo alto. En cuanto a la factibilidad, la expansión de roles de los profesionales no médicos puede ser factible si bien habría que explorar la factibilidad legal de estas intervenciones. Por otro lado, el costo de una intervención de este tipo puede ser evaluada como mediana, no tan alto como implementar un centro de llamados centralizado pero no tan bajo como contar con protocolos para la red en su conjunto y un banco de buenas prácticas. Por otro lado, intervenciones que mejoren el flujo de pacientes que necesitan ser hospitalizados tienen relación con la gestión del hospital en su totalidad lo que hace menos factible su implementación. Sin embargo, en este sentido destaca el poder implementar algún sistema de priorización de la realización

de exámenes en laboratorios y servicios de imagenología que permitan dar de alta a los pacientes "hospitalizados" en la UEH. Esto puede ser factible a un costo bajo.

e) Sistema de registro clínico integrado al interior de cada red.

Esta alternativa podría mejorar la atención de una gran cantidad de personas. Su trascendencia es intermedia-alta ya que podría mejorar la calidad de la atención y mejorar la gestión en red. Su factibilidad es intermedia ya que todos los servicios están avanzando hacia este objetivo.

f) Sistema de acreditación de gestión en red de la atención de urgencia por Servicio de Salud.

Esta alternativa también podría alcanzar a un gran número de personas y su trascendencia es intermedia-alta ya que mejoraría de forma indirecta la calidad de atención y podría eventualmente evitar muertes innecesarias por una mejor coordinación. El costo de implementar esta alternativa es intermedio alto, sobretodo en recursos humanos a nivel central y local para hacer seguimiento de esta alternativa. Su factibilidad es intermedia alta.

3. Disminuir las brechas: Todas estas intervenciones tienen el potencial de mejorar la equidad de la atención de urgencia en el sistema público.

a) Intervenciones para mejorar la gestión de camas.

La magnitud es ciertamente menor que las alternativas relativas a la APS. Esta solución es de alta trascendencia ya que permitiría mejorar el flujo y atención de pacientes graves. Sin embargo, la factibilidad de esta alternativa es baja y su costo puede llegar a ser alto, debido a que mejorar la gestión de camas podría implicar la necesidad de efectuar compras al sector privado toda vez que la demanda supere la oferta de camas públicas, tanto para camas críticas, como se hace ahora, como para camas básicas.

b) Aumento del número de camas básicas e intensivas

La magnitud de esta intervención es también menor que las intervenciones destinadas a APS, sin embargo, la trascendencia es alta ya que permite manejar pacientes de mayor complejidad (algunos C3, C2 y C1). El costo es alto ya que junto con invertir en recursos físicos y humanos eventualmente se requeriría comprar atenciones en el sector privado.

c) Aumento del horario de atención de los CESFAM

Esta recomendación tiene una evaluación similar al aumento de horario de los SAPU y SUR.

4. Mejorar la información para la gestión (set de indicadores para la rectoría y optimización de la gestión de la RdU)

En cuanto a magnitud esta alternativa tiene el potencial de alcanzar a un gran número de personas ya que se trata de una intervención a nivel nacional que permitiría intervenir tempranamente en casos en que el sistema de salud mostrara falencias en su desempeño. La trascendencia de esta alternativa tiene el potencial de ser alta si es que se implementa

correctamente. El costo de implementar esta alternativa sería relativamente bajo en cuanto al análisis, sin embargo la factibilidad de medir todos los indicadores propuestos puede ser baja si no se logra implementar el DAU de forma correcta en todos los SdS del país. Esta iniciativa podría tener un impacto muy positivo en la equidad, ya que permitirá detectar diferencias evitables entre SdS.

En la siguiente tabla, se ordenan de mayor a menor las alternativas señaladas anteriormente. Por ejemplo, la alternativa que se considere de menor costo recibirá un valor igual a 5 y así sucesivamente.

**Tabla 9.1.: Puntajes de criterios de priorización**

Alternativas	Magnitud	Trascendencia	Factibilidad	Costo	Equidad	Puntaje
Analizar diseño de la RdU	2	3	5	5	3	18
Gestión de demanda	5	3	4	4	4	20
Aumento del horario de atención de los SAPU y SUR	5	3	3	3	4	18
Constatar la resolutividad de la APS.	4	3	3	2	3	15
Aumentar acceso a consultas de especialidad	4	4	2	2	5	17
Mejorar el flujo de pacientes de la UEH	3	5	4	2	4	18
Sistema de registro clínico integrado al interior de cada red	3	4	5	3	4	19
Sistema de acreditación de redes de urgencia.	4	5	3	3	4	19
Intervenciones para mejorar la gestión de camas.	3	4	3	2	4	16
Aumentar el número de camas básicas e intensivas	4	5	3	2	5	19
Aumento del horario de atención de los SAPU y SUR	5	3	3	3	4	18

Alternativas	Magnitud	Trascendencia	Factibilidad	Costo	Equidad	Puntaje
Mejorar el flujo de pacientes en la UEH.	3	4	4	3	2	16
Mejorar información para la gestión	4	3	5	4	4	20

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 9.1. se observan los resultados de la priorización aplicados los criterios señalados. En este contexto, las mejores alternativas de implementar son la gestión de demanda y mejorar la información para la gestión. Otras intervenciones priorizadas son el sistema de registro clínico y de acreditación de urgencia así como el aumento de número de camas básicas e intensivas.

## ANEXOS

### Anexo 1: Análisis del diseño

#### Anexo 1.1: Información de establecimientos SAPU y aquellos sin Servicio de Urgencia

**Tabla A1.1.1.: Número de SAPU según tipo y Región, año 2015.**

Región	Servicio de Salud	Corto	Largo	Avanzado	Total
XV	Arica Parinacota	1	1		2
I	Iquique	5	3		8
II	Antofagasta	6	2		8
III	Atacama	5	1		6
IV	Coquimbo	13	1		14
V	Valpo-Sn Antonio	6	4		10
	Viña-Quillota	10	3		13
	Aconcagua	2			2
RM	Metropolitano Norte	6	6	2	14
	Metropolitano Sur	19	5		24
	Metropolitano Central	5	2		7
	Metropolitano Oriente	3	8		11
	Metropolitano Occidente	19	7		26
	Metropolitano Sur Oriente	16	6	2	24
VI	O'Higgins	9	1		10
VII	Maule	11	4	1	16
VIII	Arauco	2			2
	Biobío	4	2		6
	Concepción	11	3		14
	Ñuble	7			7
	Talcahuano	8	2		10
	Araucanía Norte	3			3
IX	Araucanía Sur	12	2		14
	Valdivia	10			10
	Chiloé	1			1
	Reloncaví	5	2	1	8
	Osorno	3			3
	Aysén	1			1
XII	Magallanes	2	1		3

Fuente: elaboración propia en base a data DEIS MINSAL.

#### Hospitales del SNSS sin UEH

1. Hospital Geriátrico Paz de la tarde de Limache (SdS Viña Quillota)
2. Instituto Nacional del Cáncer (SdS Metropolitano Norte)
3. Instituto Nacional del Tórax (SdS Metropolitano Oriente)
4. Instituto Nacional de Neurocirugía (SdS Metropolitano Oriente)
5. Instituto de rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (SdS Metropolitano Oriente)

6. Instituto geriátrico Presidente Eduardo Frei (SdS Metropolitano Oriente)
7. Hospital de Infectuosos Lucio Córdova (SdS Metropolitano Sur)
8. Hospital Psiquiátrico el Peral (SdS Metropolitano Sur)

#### **Anexo 1.2: Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución, SAR**

La saturación de los Servicios de Urgencia Hospitalarios, muchas veces con patología de menor complejidad, las extensas esperas a las que deben someterse los pacientes y la poca disponibilidad de Centros de Salud cercanos con atención en horarios nocturnos e inhábiles son algunos de los elementos que promueven el desarrollo de los Servicios de Urgencia de Alta resolución (SAR).

Están concebidos como centros de atención de urgencia cercanos a las comunidades, en horarios complementarios a los servicios de atención primaria vale decir desde las 17:00 pm a las 8:00 am días hábiles y 24 hrs. días festivos. Están preparados para brindar prestaciones de mediana complejidad dirigida a los pacientes catalogados como C3, C4, y C5. Cuentan con equipos de rayos osteo-pulmonares, kit de exámenes básicos y acceso a telemedicina<sup>1</sup>.

Buscan entregar atención médica de urgencia oportuna, resolutiva y de calidad. Son el elemento vinculante de la red de urgencia, con capacidad resolutiva *per se o*, de ser necesario, generar derivación a centros de mayor complejidad. Por otro lado permiten una atención de continuidad mediante la coordinación del paciente con su equipo de cabecera en su centro de salud familiar. Siendo así constituirán una verdadera estrategia de gestión de demanda, que hasta hoy no existe en la red de Urgencia del país.

No reemplazan a los SAPU comunales, sino que los complementan, al funcionar como centro de referencia para este nivel de atención.

Esta medida fue dada a conocer por la presidenta Bachelet en mayo de 2014<sup>2</sup>, donde se comprometió la construcción e implementación de 132 SAR en 106 comunas del país, operativos en el año 2017. Esta estrategia representa una inversión de 208.288 millones de pesos y en pleno funcionamiento dará atención a aproximadamente 10 millones de personas.

#### **Anexo 1.3.: Atenciones de urgencia del año 2013 realizada en establecimientos hospitalarios y APS de las regiones VI y XIII**

**Tabla A1.3.1: Atenciones de urgencia hospitalaria**

REGION		SERVICIO DE SALUD	NOMBRE	TOTAL	
6	Del Libertador Gral. B. O'Higgins	Del Libertador B.O'Higgins	Hospital de Coinco	44.978	3,3%
			Hospital de Litueche	21.011	1,5%
			Hospital de Lolol	15.868	1,2%
			Hospital de Marchigüe	12.481	0,9%
			Hospital de Nancagua	67.155	4,9%
			Hospital de Pichidegua	56.848	4,2%
			Hospital de Pichilemu	63.738	4,7%

REGION		SERVICIO DE SALUD	NOMBRE	TOTAL	
13	Metropolitana de Santiago	Metropolitano Central	Hospital de Santa Cruz	129.296	9,5%
			Hospital Del Salvador (Peumo)	64.630	4,8%
			Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez (Rengo)	151.330	11,2%
			Hospital Mercedes (Chimbarongo)	68.332	5,0%
			Hospital Regional de Rancagua	260.122	19,2%
			Hospital San Juan de Dios (San Fernando)	172.477	12,7%
			Hospital San Vicente de Tagua-Tagua	129.390	9,5%
			Hospital Santa Filomena (Graneros)	99.185	7,3%
			<b>TOTAL SEXTA REGIÓN</b>	<b>1.356.841</b>	<b>100%</b>
			<b>SUBTOTAL</b>	<b>391.327</b>	<b>100,0%</b>
13	Metropolitana de Santiago	Metropolitano Norte	Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago)	185.208	47,3%
			Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago)	206.119	52,7%
			<b>SUBTOTAL</b>	<b>541.887</b>	<b>100,0%</b>
		Metropolitano Occidente	Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia)	238.457	44,0%
			Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia)	263.638	48,7%
			Hospital de Til Til	39.792	7,3%
			<b>SUBTOTAL</b>	<b>812.250</b>	<b>100,0%</b>
			Hospital Adalberto Steeger (Talagante)	90.194	11,1%
			Hospital de Curacaví	95.895	11,8%
			Hospital de Peñaflor	128.869	15,9%
13	Metropolitana de Santiago	Metropolitano Oriente	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerdá (Santiago, Quinta Normal)	213.983	26,3%
			Hospital San José (Melipilla)	141.453	17,4%
			Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago)	141.856	17,5%
			<b>SUBTOTAL</b>	<b>419.209</b>	<b>100,0%</b>
		Metropolitano Sur	Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia)	153.025	36,5%
			Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia)	177.947	42,4%
			Hospital Dr. Luis Tisné B. (Santiago, Peñalolén)	88.237	21,0%
			<b>SUBTOTAL</b>	<b>1.034.979</b>	<b>100,0%</b>
			Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel)	224.310	21,7%
13	Metropolitana de Santiago	Metropolitano Sur Oriente	Hospital Dr. Exequiel González Cortés (Santiago, San Miguel)	242.739	23,5%
			Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo)	237.238	22,9%
			Hospital Parroquial (Santiago, San Bernardo)	119.233	11,5%
			Hospital San Luis (Buin)	211.459	20,4%
			<b>SUBTOTAL</b>	<b>429.678</b>	<b>55,6%</b>
			Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto)		

REGION		SERVICIO DE SALUD	NOMBRE	TOTAL		
			Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón)	294.327	38,1%	
			Hospital San José de Maipo	49.098	6,4%	
		<b>SUBTOTAL</b>		<b>773.103</b>	<b>100,0%</b>	
<b>TOTAL REGION METROPOLITANA</b>		<b>3.972.755</b>				

Fuente: Elaboración propia en base a registro de atenciones de urgencia DEIS MINSAL 2013.

**Tabla A1.3.2: Atenciones de urgencia en la APS**

REGION		SERVICIO DE SALUD	NOMBRE	TOTAL	
6	Del Libertador Gral. B. O'Higgins	Del Libertador B.O'Higgins	Centro de Salud Familiar Chacabuco	11.177	1,6%
			Centro de Salud Familiar Chépica	38.198	5,4%
			Centro de Salud Familiar Codegua	34.933	4,9%
			Centro de Salud Familiar Coltauco	44.630	6,3%
			Centro de Salud Familiar de Malloa	23.029	3,2%
			Centro de Salud Familiar Doñihue	42.169	5,9%
			Centro de Salud Familiar Las Cabras	39.060	5,5%
			Centro de Salud Familiar N° 6	42.427	6,0%
			Centro de Salud Familiar Paredones	11.963	1,7%
			Centro de Salud Familiar Peralillo	12.095	1,7%
			Centro de Salud Familiar Requinoa	47.601	6,7%
			Centro de Salud Familiar San Francisco Mostazal	47.828	6,7%
			Centro de Salud Familiar Valle Mar	8.775	1,2%
			Consultorio Placilla (Placilla)	22.111	3,1%
			SAPU-Abel Zapata	38.906	5,5%
			SAPU-Eduardo de Geyter	46.376	6,5%
			SAPU-Enrique Dintrans	51.742	7,3%
			SAPU-Machalí	34.369	4,8%
			SAPU-Maria Latiffe	42.873	6,0%
			SAPU-Oriente de San Fernando	23.057	3,2%
			SAPU-Rancagua	48.667	6,8%
<b>TOTAL SEXTA REGION</b>				<b>711.986</b>	<b>100,0%</b>
13	Metropolitana de Santiago	Metropolitano Central	Centro de Referencia de Salud de Maipú	452.176	42,9%
			Centro de Salud Familiar Dr. Iván Insunza	62.851	6,0%
			Consultorio Los Nogales	70.427	6,7%
			SAPU-Consultorio N°1	85.728	8,1%
			SAPU-Dr. Norman Voullième	103.626	9,8%
			SAPU-Dra. Ana María Juricic	96.684	9,2%
			SAPU-Maipú	68.543	6,5%
			SAPU-San José de Chuchunco	113.816	10,8%
		<b>SUBTOTAL</b>		<b>1.053.851</b>	<b>100,0%</b>
		Metropolitano Norte	Centro de Salud Familiar Batuco	52.084	3,3%
			Centro de Salud Familiar Huertos Familiares	13.315	0,8%
			SAPU Alberto Bachelet Martínez	91.451	5,7%
			SAPU N° 1- Rodrigo Rojas Denegri	200.875	12,6%
			SAPU N° 2-Irene Frei de Cid	93.164	5,8%

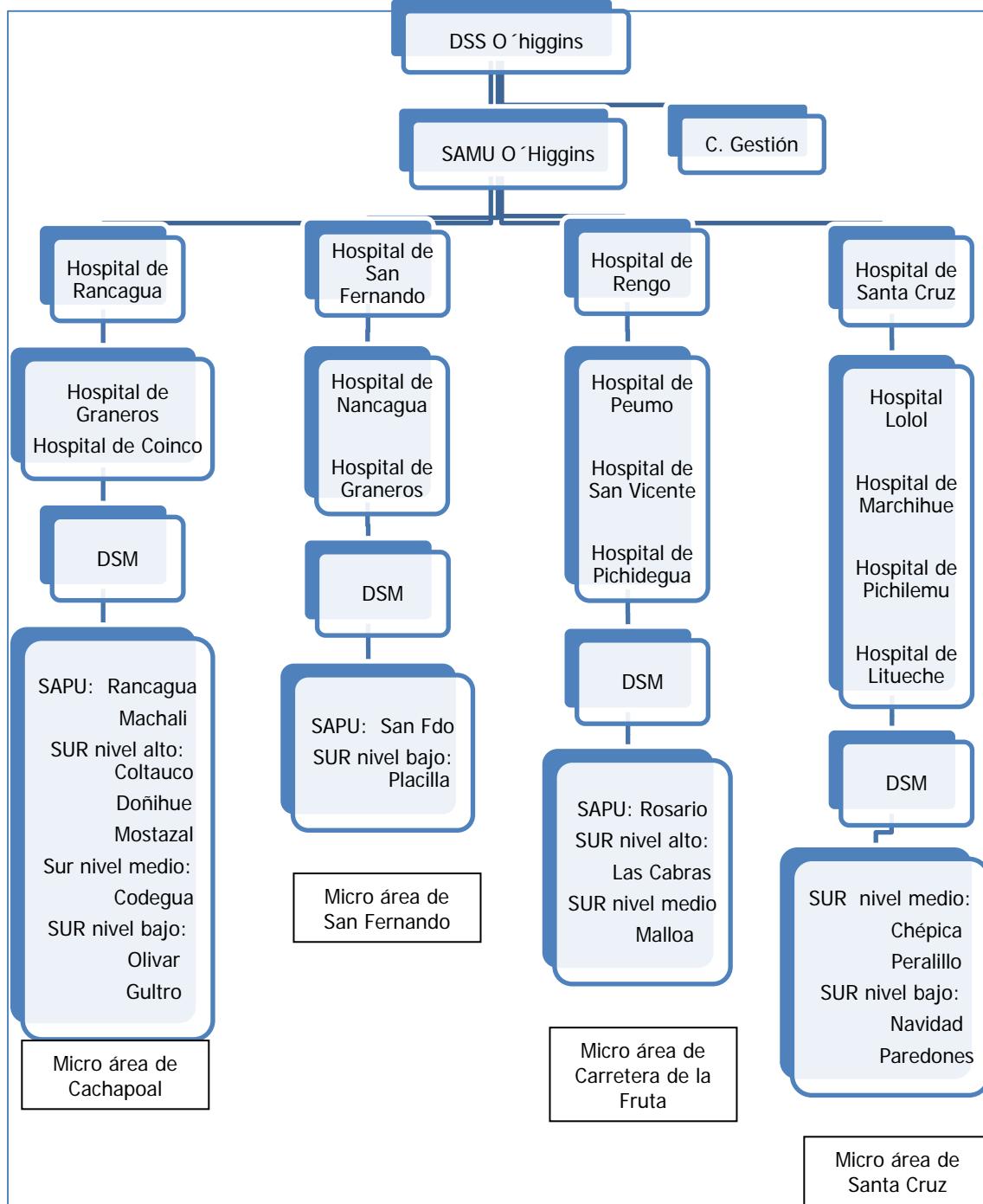
REGION	SERVICIO DE SALUD	NOMBRE	TOTAL	
		SAPU Presidente Salvador Allende Gossens	81.677	5,1%
		SAPU-Colina	144.755	9,1%
		SAPU-Cristo Vive	71.656	4,5%
		SAPU-José Bauzá Frau	149.693	9,4%
		SAPU-Juan Antonio Ríos	80.522	5,0%
		SAPU-La Pincoya	106.595	6,7%
		SAPU-Lucas Sierra	97.702	6,1%
		SAPU-Recoleta	123.577	7,7%
		SAPU-Symon Ojeda	234.308	14,7%
		SAPU-Valdivieso	56.780	3,6%
		<b>SUBTOTAL</b>	<b>1.598.154</b>	<b>100,0%</b>
	Metropolitano Occidente	Centro Comunitario de Salud Familiar Codigua	1.099.717	42,0%
		Centro de Salud Familiar Dr. Alberto Allende Jones	99.444	3,8%
		Centro de Salud Familiar Dr. Avendaño	51.979	2,0%
		Centro de Salud Familiar Dr. Francisco Boris Soler	96.102	3,7%
		Centro de Salud Familiar Isla de Maipo	64.591	2,5%
		Centro de Salud Familiar Lo Franco	63.638	2,4%
		Centro de Salud Familiar Pablo Neruda	81.258	3,1%
		Centro de Salud Familiar Peñaflor	42.225	1,6%
		Centro de Salud Familiar Violeta Parra	85.892	3,3%
		Consultorio Bicentenario	77.441	3,0%
		Consultorio Huamachuco	59.960	2,3%
		Consultorio María Pinto	50.712	1,9%
		Posta de Salud Rural El Prado	20.235	0,8%
		SAPU Marcela Jaques Vargas	60.210	2,3%
		SAPU-Renca	261.010	10,0%
		SAPU-Santa Rosa de Chena	401.267	15,3%
		<b>SUBTOTAL</b>	<b>2.615.681</b>	<b>100,0%</b>
	Metropolitano Oriente	Centro de Salud Familiar La Reina	58.762	5,7%
		SAPU-Aníbal Ariztía	120.675	11,7%
		SAPU-Carol Urzúa Ibáñez	143.698	13,9%
		SAPU-Centro de Urgencia Ñuñoa	158.245	15,3%
		SAPU-La Faena	76.954	7,4%
		SAPU-Lo Barnechea	133.157	12,9%
		SAPU-Lo Hermida	102.489	9,9%
		SAPU-Rosita Renard	51.879	5,0%
		SAPU-San Luis	111.602	10,8%
		SAPU-Santa Julia	77.576	7,5%
		<b>SUBTOTAL</b>	<b>1.035.037</b>	<b>100,0%</b>
	Metropolitano Sur	Centro de Salud Familiar San Joaquín	61.852	3,1%
		Centro de Salud Familiar Santa Laura	60.616	3,0%
		SAPU Juan Pablo II	89.913	4,5%
		SAPU Padre Joan Alsina	79.278	3,9%
		SAPU- Edgardo Enriquez Frodden	75.021	3,7%
		SAPU-Carol Urzúa de San Bernardo	89.373	4,4%
		SAPU-Cisterna Sur	88.111	4,4%

REGION	SERVICIO DE SALUD	NOMBRE	TOTAL
		SAPU-Clara Estrella	67.153 3,3%
		SAPU-Cóndores de Chile	92.637 4,6%
		SAPU-Confraternidad	90.637 4,5%
		SAPU-Dra. Mariela Salgado	80.450 4,0%
		SAPU-Eduardo Frei Montalva	71.615 3,6%
		SAPU-Juan Solórzano	127.657 6,3%
		SAPU-Julio Acuña Pinzón	167.381 8,3%
		SAPU-La Feria	72.102 3,6%
		SAPU-Laura Vicuña	107.629 5,3%
		SAPU-Padre Esteban Gumucio	81.686 4,1%
		SAPU-Paine	76.946 3,8%
		SAPU-Raúl Brañes F.	124.643 6,2%
		SAPU-Raúl Cuevas (Ex-San Bernardo)	90.188 4,5%
		SAPU-Recreo	71.782 3,6%
		SAPU-Santa Teresa de Los Andes	69.293 3,4%
		Servicio de Atención Primaria de Urgencia Buin	80.870 4,0%
	<b>SUBTOTAL</b>		<b>2.016.833 100,0%</b>
	Metropolitano Sur Oriente	Centro de Referencia de Salud San Rafael	95.511 4,1%
		Centro de Salud Familiar Dr. José Manuel Balmaceda	27.236 1,2%
		Centro de Salud Familiar Trinidad	50.952 2,2%
		SAPU Karol Wojtyla	107.830 4,7%
		SAPU La Florida	54.356 2,4%
		SAPU Padre Manuel Villaseca	81.619 3,5%
		SAPU Poetisa Gabriela Mistral	50.421 2,2%
		SAPU- Dr. Alejandro del Río	157.144 6,8%
		SAPU- Dr. Fernando Maffioletti	72.731 3,1%
		SAPU- Granja Sur	81.988 3,5%
		SAPU- Santa Amalia	78.766 3,4%
		SAPU-Bernardo Leighton	121.500 5,3%
		SAPU-Cardenal Silva Henríquez de Puente Alto	140.115 6,1%
		SAPU-El Roble	67.405 2,9%
		SAPU-La Bandera	132.730 5,7%
		SAPU-La Granja	174.370 7,5%
		SAPU-Los Castaños	81.774 3,5%
		SAPU-Los Quillayes	106.445 4,6%
		SAPU-Pablo de Rokha	69.951 3,0%
		SAPU-San Gerónimo	94.268 4,1%
		SAPU-San Rafael	74.578 3,2%
		SAPU-San Ramón	67.093 2,9%
		SAPU-Santiago de Nueva Extremadura	116.822 5,1%
		SAPU-Santo Tomás	76.255 3,3%
		SAPU-Villa O'Higgins	128.130 5,5%
	<b>SUBTOTAL</b>		<b>2.309.990 100,0%</b>
<b>TOTAL REGION METROPOLITANA</b>			<b>10.629.546</b>

Fuente: Elaboración propia en base a data DEIS MINSAL 2013.

#### Anexo 1.4: RdU de la VI Región del Libertador Bernardo O'Higgins<sup>193</sup>

La RdU de la VI Región está organizada en 4 micro áreas: Cachapoal, San Fernando, Carretera de la Fruta, Santa Cruz, descritas en la siguiente figura.



Fuente: elaboración propia.

<sup>193</sup> Basado en opinión de experto, Sr. Boris Moreno, Coordinador de la Red de Urgencia Regional de la VI Región, entrevista realizada en Abril de 2015. Se agradece la colaboración del Sr. Moreno, por compartir su vasta experiencia en atención de urgencia y su amplio conocimiento de la RdU de la VI Región.

Cada micro área cuenta con una Red articulada con todos los componentes para responder a Emergencias y Urgencias.

Los Hospitales de San Fernando y el Regional de Rancagua son de alta complejidad, Los Hospitales de Santa Cruz y Rengo son de complejidad media, y los hospitales de Graneros, Coinco, Peumo, San Vicente, Pichidegua, Chimbarongo, Nancagua, Marchigue, Pichilemu, Lolol y Litueche son de baja complejidad. Cualquier situación de máxima Urgencia que lo amerite podrá ser derivada al Hospital Regional de Rancagua.

Estas micro áreas se encuentran intraconectadas e interconectadas a través de los móviles de SAMU.

La RdU de la VI región cuenta con la figura del Coordinador de RdU, un figura multifacética, encargada de gestionar las atenciones de Urgencia, tanto desde el área clínica como administrativa. El Coordinador articula los dispositivos de la Red, con eje centrado en el Paciente y su Familia, para que se asegure una intervención adecuada a los requerimientos e intensidad de atención que el paciente necesita<sup>194</sup>.

El Coordinador de la RdU se encuentra alojado en la Dirección de Servicio de salud, para el caso de la Dirección de Servicio de O'Higgins, el cargo es dependencia de la Subdirección médica del Servicio.

Es deber de los Coordinadores conocer la Demanda Local y la Oferta tanto pública como privada para hacer frente a las distintas Urgencias que la contingencia dicte.

La RdU de la VI región está compuesta por establecimientos y dispositivos de distintas complejidades cuya interrelación se basa en fenómenos de referencia y contrarreferencia directa a través de la comunicación entre personas encargadas de prestar los servicios de salud de Urgencia. Ello es una gran fortaleza, pero también una debilidad, puesto que se ha identificado la conversación entre médicos en el acto de la referencia, como un nodo crítico que dificulta el flujo adecuado de los pacientes para acceder a los servicios de complejidad que requieren.

Dentro de la funcionalidad interna de la RdU de la VI región hay situaciones donde el sistema completo se pone en disposición de la contingencia, como es un accidente de tránsito, ahí los móviles SAMU llegan al sitio del suceso trasladan a los pacientes que son atendidos rápidamente en el servicio de Urgencia más cercano, y derivados según sus necesidades a lugares más complejos. Este sistema es muy fluido. Algunas veces el sistema no fluye con la misma rapidez para casos importantes con riesgo potencial de gravedad para el paciente, dado que las camillas del Hospital de Mayor complejidad de la zona, están todas ocupadas, entonces, se activa una "clave roja", donde es imposible recibir más pacientes. Ello tensiona a las Unidades de Urgencia de menor complejidad obligándolas a manejar pacientes que superan su experticia y recursos técnicos. Acá adquiere gran relevancia la tele asistencia, pues contribuye a brindar soporte de especialidad a las unidades de menor complejidad, mejorando sus capacidades resolutivas. Además las redes al interior se

---

<sup>194</sup> Ordinario 1290 Coordinación Red de Urgencia Local, Mayo 2012.

apoyan, supliendo entre sí los recursos técnicos que son necesarios en cada caso, es así como hay apoyo de rayos en el hospital de Coinco para un paciente de Peumo que lo requiera.

En las Unidades de Emergencia Hospitalaria de la Región se atienden casi 33.000 casos al año, mientras que en las Unidades de Urgencia de Atención Primaria se atienden 35.000 casos al año y la derivación desde la atención primaria de urgencia a las UEH no es superior al 2%. La RdU Primaria es bastante resolutiva. Durante el año 2015 se instaurará un SAR, que debería aumentar aún más la resolutividad de la Atención primaria de Urgencia.

Los flujos de los pacientes dentro de la RdU están definidos por las micro áreas en las que se organiza la Red.

Estas Micro áreas están desarrolladas en base a la administración de recursos y optimización de los mismos. Se busca acercar la atención a las personas, y no centralizar la atención en el Hospital Regional. Actualmente la RdU de toda la región está capacitada para responder a la urgencia baja y media. Solo las Urgencias de máxima complejidad se derivan necesariamente a Rancagua.

Para la coordinación existen Protocolo de referencia y contrarreferencia, disponibles en la página del Servicio. También reuniones 3 veces al año.

De las 15 Unidades de Emergencia, 13 tienen DAU electrónico. Existen problemas para incorporar la tecnología que se utiliza en la región al Hospital de Rancagua que se está habilitando en estos momentos. Esto se está trabajando

Todas la RdU, tanto hospitalaria como de atención primaria está categorizando pacientes, por lo que el indicador de selector de demanda se mide de forma rutinaria en esta región.

La micro área de Carretera de la Fruta que contempla los Hospitales de Rengo, Peumo, San Vicente, Pichidegua, el Departamento de Salud Municipal, SAPU de Rosario y SUR de las Cabras y Malloa, es adecuado para su estudio por lo completo de su Red, su localía, el manejo de la información y la tecnologización de sus recursos. Durante los próximos meses, el hospital de Rengo iniciará el funcionamiento de camas UCI, completando la oferta de camas críticas iniciadas hace algún tiempo, a través de la incorporación a su cartera de prestaciones de manejo de Pacientes Intermedios.

## **Anexo 1.5: Fortalezas y debilidades esperadas de la muestra**

### **Fortalezas**

- ✓ Carácter de Red, la muestra se estableció considerando la forma en que se prestan las atenciones de salud, en red y por niveles de complejidad. Por lo tanto, la información recabada sería capaz de entregar información no solo sobre las instituciones por separado, sino que sobre la forma en que operaba la red en los distintos ámbitos de investigación de este estudio.

- ✓ Selección de la mayor red de atención en la RM, lo que podía estar correlacionado con mejores sistemas de información, mejores prácticas y mayor eficiencia<sup>195</sup>.
- ✓ Muestra consideraba la totalidad de los hospitales de las redes seleccionadas, lo que eliminaba el sesgo de selección al interior de la red.
- ✓ Muestra incorporaba a los SAPU del SSMS que, según opinión de expertos, presentaban mayor probabilidad de contar con mejores sistemas de información y que además tenían diferentes tamaños de operación.
- ✓ Muestra reunió para los Servicios de Salud los SAPU y SUR que estaban relacionados directamente con hospitales pertenecientes a la muestra. Lo que permitió conocer de mejor manera la forma en que opera la red.

### **Debilidades**

- ✓ La principal debilidad fue la limitada representatividad de la muestra, dado que se radicó el estudio en las regiones Metropolitana y Sexta, dejando de lado, por ejemplo redes de atención de zonas extremas del país. Esta selección no fue antojadiza, por el contrario respondió a las restricciones económicas propias de los presupuestos de este tipo de estudios.
- ✓ Esta selección tiene una validez externa limitada, que no permite extrapolar totalmente sus conclusiones a otras regiones.

---

### **Anexo 1.6: Cuestionario Evaluación de la Red de Urgencia Chilena<sup>196</sup>**

---

#### **Legislación y financiamiento de la RdU**

El Instituto de Administración de Salud, IAS, de la Facultad de Economía y Negocios y la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina, ambos de la Universidad de Chile se encuentran realizando una Evaluación del Gasto Institucional de la Red de Urgencia del Ministerio de Salud para la DIPRES. En este contexto, le solicitamos que por favor conteste esta encuesta de la forma más completa posible. Si no sabe alguna respuesta por favor deje la pregunta en blanco. Este cuestionario le tomará aproximadamente 30 minutos en contestar.

#### **Nombre**

#### **Rol en la Red de Urgencia Nacional o Cargo actual**

#### **Pregunta 1**

¿Cuál es el principal marco legal que regula los temas más importantes del funcionamiento y organización de la RdU? Debe Incluir Título y Número de Referencia

#### **Fecha de emisión aproximada:**

---

<sup>195</sup> Hospital volumen and health outcomes, costs and patient acces. Effective Health Care december 1996, volumen 2, number 8.

<sup>196</sup> Adaptado del Reporte "Emergency Medical Systems in the European Union".

- 80s
- 90s
- 2000-2007
- Después del 2007

**¿Hay una versión electrónica?**

- Sí
- No

**Pregunta 2**

Por favor, indique si existen otras leyes que regulen la RdU (debe incluir Título y Número de Referencia).

**Fecha de emisión aproximada**

- 80s
- 90s
- 2000-2007
- Después 2007

**¿Hay una versión electrónica?**

- Sí
- No

**Pregunta 3**

¿Cuáles son los principales temas de la Ley? Marque todas las alternativas que correspondan.

- Mínimos estándares de cuidado, mínimos estándares de equipamiento, requerimientos mínimos de calificación
- Libre acceso garantizado para todos a la atención de urgencia incluyendo personas sin seguro de salud y personas sin identificar
- Referencia al manejo de crisis y preparación para desastres
- Mecanismos de Financiamiento
- Formación necesaria para el personal del sistema de la RdU

**Pregunta 4**

¿Se requiere copago para el acceso a la atención en .... (Marque todas las alternativas que correspondan)

- Atención fuera del hospital (SAPU/SUR)
- Atención intrahospitalaria (Servicios de urgencia)
- Ocasionalmente requerido en algunas regiones
- Ocasionalmente requerido en algunos hospitales
- No Requerido

**Pregunta 5: Presupuesto de respuesta a las crisis/desastres**

5.1 ¿Tiene el presupuesto del RdU un ítem para crisis o desastres?

- Sí
- No

5.2 ¿Tiene la RdU un presupuesto de reserva para movilización inmediata para ser utilizada en caso de desastres/crisis?

- Sí
- No

**Pregunta 6**

Los proveedores del servicio de ambulancia son:

- Instituciones públicas independientes
- Instituciones dependientes de los Hospitales
- Instituciones dependientes de las Autoridades Sanitarias
- Empresas privadas

**Pregunta 7: ¿Cuál es el mecanismo de pago de las las atenciones de urgencia hospitalarias? Marque todas las alternativas que correspondan.**

Por el seguro público (FONASA):

- Número de atenciones
- Tipos de atenciones
- Población asignada

Por seguros privados:

- Número de atenciones
- Tipos de atenciones
- Población asignada

Por la persona directamente:

- Seguro directo
- Por atenciones individuales
- Otro:

**Pregunta 8**

Los centros de despacho de ambulancias son:

- Instituciones públicas independientes
- Instituciones dependientes de los Hospitales
- Instituciones dependientes de las Autoridades Sanitarias
- Empresas privadas

**Pregunta 9: Fuentes de financiamiento de la RdU. Marque todas las alternativas que correspondan.**

**¿Cómo describiría el financiamiento de la atención extra-hospitalaria de urgencia (SAPU/SUR)? Marque todas las alternativas que correspondan.**

- Presupuesto estatal
- Otras fuentes públicas
- Fuentes privadas
- Fuentes mixtas
- Otro:

**atención hospitalaria de Urgencia? Marque todas las alternativas que correspondan.**

- Presupuesto estatal
- Otras fuentes públicas
- Fuentes privadas
- Fuentes mixtas
- Otro:

### **Atención de urgencia extra hospitalaria (SAPU/SUR)**

#### **Pregunta 1: Acceso al número de teléfono de emergencia**

1.1 ¿Tiene su país uno o más números de teléfono para acceder la RdU?

- Uno
- Más

1.2 En cuanto al número de teléfono para acceder a la Red: Al marcar para emergencias médicas, ¿se puede transferir la llamada a un operador con conocimientos médicos?

- Sí
- No

Si la respuesta anterior fue no, ¿tienen los operadores acceso a un profesional con conocimientos médicos para consulta?

- Sí
- No

#### **Pregunta 2: Acceso al número de emergencia**

Marcando el número de emergencia en su país, la llamada telefónica se desvía a:

- Policía
- Unidad de Emergencia Hospitalaria
- No comunica a ninguna entidad
- Otro:

**Pregunta 3: Acceso telefónico a la RdU**

3.1 ¿Se puede llamar a los números de emergencia de forma gratuita?

- Sí
- No

3.2 Al llamar al número de emergencia, ¿hay que marcar un código de región / área?

- Sí
- No

3.3 ¿Pueden los números de emergencia manejar llamadas en Inglés?

- Sí
- No

3.4 ¿Existen números de emergencia que cubren los idiomas o dialectos usados por las minorías residentes en el país?

- Sí
- No

**Pregunta 4: Centro de despacho de móviles**

4.1 Indique el número total de centros de despacho de móviles médicos para llamadas de emergencia médica en su país

4.2 Nivel de cobertura

- Nacional
- Regional
- Sub-regional/Provincial

4.3 ¿Están los centros de despacho de ambulancias funcionalmente conectados entre sí?

- Sí
- No

**Pregunta 5: Triage en centros de despacho**

5.1 ¿Existe algún sistema de triage escrito en los centros de despacho para las urgencias?

- Sí
- No

5.2 ¿Los protocolos de triage siguen normas nacionales o cada centro de despacho posee protocolos propios?

- Nacional
- Centro

5.3 ¿Existe un sistema de triage computarizado en los centros de despacho?

- Sí
- No

**Pregunta 6: Actualización de camas de UCI**

6.1 ¿Todos los centros de despacho de móviles tienen acceso a una actualización en tiempo real de camas disponibles de cuidados intensivos?

- Sí, a nivel nacional
- Sí, a nivel regional/local
- No, no lo tienen

6.2 ¿Es esta información en tiempo real presentada a través de una conexión a Internet?

- Sí
- No

**Pregunta 7: Primera respuesta**

7.1 Marque cuáles de estas instituciones tienen vehículos que pueden ser enviados por los centros de despacho de móviles como vehículos de primera respuesta (soporte vital básico /DEA) aparte de ambulancias (como camiones de bomberos, automóviles policiales, etc.) Marque todas las alternativas que correspondan.

- Departamentos de bomberos
- Policía
- Voluntarios
- Ambulancias de instituciones privadas como clínicas o HELP
- Ninguna
- Otro:

7.2 Marque las instituciones que utilizan ambulancias propias para atención básica y de soporte avanzado. Marque todas las alternativas que correspondan.

- Departamentos de bomberos
- Policía
- Voluntarios
- No
- Otro:

**Pregunta 8: Equipamiento de los prestadores de primera respuesta**

Especifique el equipamiento médico de los prestadores de primera respuesta si existe. Marque todas las alternativas que correspondan:

**Bomberos**

- Collarines cervicales
- Oxígeno
- Unidad de succión
- Desfibrilador automático externo (DEA)
- Resucitador manual (máscara de válvula de bolsa)
- Otros equipos médicos

- Ninguno

**Policía**

- Collarines cervicales
- Oxígeno
- Unidad de succión
- Desfibrilador automático externo (DEA)
- Resucitador manual (máscara de válvula de bolsa)
- Otros equipos médicos
- Ninguno

**Voluntarios**

- Collarines cervicales
- Oxígeno
- Unidad de succión
- Desfibrilador automático externo (DEA)
- Resucitador manual (máscara de válvula de bolsa)
- Otros equipos médicos
- Ninguno

**Otros prestadores de primera respuesta**

- Collarines cervicales
- Oxígeno
- Unidad de succión
- Desfibrilador automático externo (DEA)
- Resucitador manual (máscara de válvula de bolsa)
- Otros equipos médicos
- Ninguno

**Pregunta 9**

¿Qué tipo de ambulancias se utilizan en su país? Marque todas las alternativas que correspondan.

- Ambulancia A (transporte médico no de emergencia)
- Tipo Ambulancia B (equipado para soporte vital básico)
- Tipo de Ambulancia C (UCI móvil)

Indique el porcentaje de cada tipo de coche ambulancia disponible en su país (según su respuesta en la pregunta anterior)

**Pregunta 10: Triage de centros de atención extra hospitalarios (SAPU/SUR)**

10.1 ¿Existen protocolos de triage escritos en los centros de atención de urgencias no hospitalarios?

- Sí
- No

10.2 ¿Los protocolos de triage de los centros de atención no hospitalarios siguen normas nacionales o cada centro posee protocolos propios?

- Nacional
- Centro

10.3 ¿Existe un sistema de triage computarizado en estos centros?

- Sí
- No

#### Atención intrahospitalaria

**Pregunta 1: Ubicación de los servicios de urgencias. Marque todas las alternativas que correspondan.**

- Hospitales Universitarios (que realicen educación e investigación)
- Hospitales Regionales
- Hospitales Generales
- Hospitales Privados

**Pregunta 2: En cuanto al acceso a la sala de urgencias: ¿Cuáles son los requisitos para poder acceder al servicio de urgencias?**

Número de seguridad social u otro número de identificación nacional

- Sí
- No

Documento de identidad

- Sí
- No

Interconsulta del médico de APS

- Sí
- No

Referencia desde una Ambulancia

- Sí
- No

Ciudadanía

- Sí
- No

Co-pago

- Sí

- No  
Otros: Especifique

Sin limitación, el paciente que lo necesite recibirá apoyo médico independientemente de todo lo anterior

- Sí  
  No

### Pregunta 3

Procedimiento para pacientes sin un documento de identificación

- El paciente no puede ser tratado  
  El paciente será tratado como cualquier otro paciente, y después su nombre será notificado a las autoridades o a sus parientes  
  Other:

### Pregunta 4: Triage en el hospital

4.1 ¿Existe algún sistema de clasificación en la zona de recepción de los servicios de urgencia de hospitales / unidades etc.?

- Sí  
  No  
  Sólo en algunos centros

4.2 ¿Los protocolos de triage siguen normas nacionales o cada centro hospitalario posee protocolos propios?

- Nacional  
  Centro

4.3 ¿Existe un sistema de triage computarizado en los centros hospitalarios?

- Sí  
  No  
  Sólo en algunos centros

### Pregunta 5: Red de Referencia

5.1 ¿Existe un documento que defina la referencia directa de todas las unidades de emergencia a los centros de más complejidad?

- Sí  
  No

### Pregunta 6: Calidad de la atención

6.1 ¿Existen normas nacionales de desempeño para los servicios de urgencias?

- Sí  
  No

6.2 ¿Existe algún sistema de monitoreo de la calidad de la RdU (medición y evaluación de indicadores)?

- Sí
- No

**Pregunta 7: Enlace con la atención social**

7.1 ¿Incluyen las normas nacionales para los servicios de urgencia la presencia de trabajadores sociales en forma regular?

- Sí
- No
- Proyectos pilotos en algunos servicios

7.2 Incluyen las normas nacionales para servicios de urgencia la presencia de mediadores interculturales (como traductores, etc.) o provisiones para el manejo de pacientes extranjeros y migrantes?

- Sí
- No
- Proyectos pilotos en algunos servicios

---

**Educación en la RdU**

**Pregunta 1: Médico de urgencia**

1.1 ¿Es la atención de urgencia un curso obligatorio (examen) en los programas de pregrado de los médicos?

- Sí
- No

1.2 ¿Es la medicina de urgencia una especialidad acreditada en la actualidad?

- Sí
- No

1.3 ¿Cuánto dura el período de entrenamiento de residencia de la medicina de urgencia?

- hasta 3 años
- hasta 6 años

1.4 ¿Ha sido la medicina de urgencia una especialidad en el pasado? Desde los

- 70s
- 80s
- 90s
- 00s

**Pregunta 2: Trabajo en las unidades de urgencia**

Existe algún requisito legal para los médicos que trabajan en la RdU de tener una especialización en:

**Atención de urgencia**

- Atención extra-hospitalaria
- Atención hospitalaria

**Medicina Interna**

- Atención extra-hospitalaria
- Atención hospitalaria

**Cirugía**

- Atención extra-hospitalaria
- Atención hospitalaria

**Anestesia**

- Atención extra-hospitalaria
- Atención hospitalaria

**Cardiología**

- Atención extra-hospitalaria
- Atención hospitalaria

**No se requiere especialización**

- Atención extra-hospitalaria
- Atención hospitalaria

**Otros: Por favor especifique****Pregunta 3: Educación de Post-grado****3.1 Usted es:**

- Enfermero
- Médico
- Paramédico
- Personal de colaboración

**3.2 Si usted tiene formación de postgrado en medicina de urgencia esta es de tipo:**

- Universitaria
- Certificada por el gobierno
- Privada

**3.2 ¿Podría nombrar las principales instituciones (privadas o públicas) que realizan ese tipo de formación? (Debe incluir nombre y web institucional)**

**Pregunta 4**

Para cada uno de las siguientes funciones de la RdU, por favor mencione: 1) Título o Programa de Formación 2) Duración del programa; 3) Institución a cargo de la educación; 4) Educación Continua (Sí/No).

**Persona que recibe la llamada**

Título o programa de Formación

Duración del Programa

Institución a cargo de la Educación

Educación Continua (Sí/No)

**Controlador**

Título o programa de Formación

Duración del Programa

Institución a cargo de la Educación

Educación Continua (Sí/No)

**Tripulación de la Ambulancia**

Título o programa de Formación

Duración del Programa

Institución a cargo de la Educación

Educación Continua (Sí/No)

**Conductor de la Ambulancia**

Título o programa de Formación

Duración del Programa

Institución a cargo de la Educación

Educación Continua (Sí/No)

**Urgencia Médica**

Título o programa de Formación

Institución a cargo de la Educación

Duración del Programa

Educación Continua (Sí/No)

**Técnico Paramédico**

Título o programa de Formación

Institución a cargo de la Educación

Duración del Programa

Educación Continua (Sí/No)

**Enfermera/o**

Título o programa de Formación

Duración del Programa

Institución a cargo de la Educación

Educación Continua (Sí/No)

**Enfermera/o de Urgencia**

Título o programa de Formación

Duración del Programa

Institución a cargo de la Educación

Educación Continua (Sí/No)

**Médico**

Título o programa de Formación

Duración del Programa

Institución a cargo de la Educación

Educación Continua (Sí/No)

**Médico de atención aguda**

Título o programa de Formación

Duración del Programa

Institución a cargo de la Educación

Educación Continua (Sí/No)

**Médico de Urgencia**

Título o programa de Formación

Duración del Programa

Institución a cargo de la Educación

Educación Continua (Sí/No)

**Encargado de manejo de desastres**

Título o programa de Formación

Duración del Programa

Institución a cargo de la Educación

Educación Continua (Sí/No)

**Pregunta 5**

Describa los requisitos legales u otras regulaciones formales para los siguientes cargos según lugar de trabajo

**Centro de despacho**

Personal

Conductores

Enfermeras

Paramédicos

Médicos

**Ambulancia tipo A**

Personal

Conductores

Enfermeras

Paramédicos

Médicos

**Ambulancia tipo B**

Personal

Conductores

Enfermeras

Paramédicos

Médicos

**Ambulancia tipo C**

Personal

Conductores

Enfermeras

Paramédicos

Médicos

**Pregunta 6: Estándar Nacional de Educación de Medicina de Urgencia**

6.1 ¿Los programas de formación en Urgencia Médica siguen un plan de estudios aprobado a nivel nacional ?

- Sí
- No

**6.2 ¿Existe una Certificación Nacional o Regional de atención de urgencia?**

**Responda según cada profesión**

Médico

- Sí
- No

Enfermera

- Sí
- No

Paramédico

- Sí

- Otro Personal
- No
  - Sí
  - No
- 

### Gestión de crisis y RdU

#### Pregunta 1: El rol de la RdU en la gestión de crisis

¿Existe una ley que estipule el rol de la atención de urgencia en el país en caso de crisis/ desastres?

- Sí
- No

¿Existen también planes subnacionales? Regional/provincial

- Sí
- No

A nivel local (ciudades, municipios):

- Sí
- No

#### Pregunta 2: Cooperación internacional

¿Tiene su país protocolos de cooperación internacional con otros países?

- Sí
- No

Si su respuesta fue Sí, mencione con que países tiene su país protocolos de cooperación.

#### Pregunta 3: El liderazgo en la gestión de crisis

3.1 ¿Dónde se encuentra el centro operativo nacional de crisis?

- Policía
- Brigada de Bomberos
- Protección Civil
- Red de urgencia
- Ministerio del Interior
- Ministerio de defensa
- Otro:

3.2 ¿Existe un representante de la RdU en el equipo de manejo de crisis a nivel nacional?

- Sí
- No

**Pregunta 4: Existencia de Plan de Preparación para Crisis en los Hospitales \***

4.1 ¿Están los Hospitales obligados por ley a tener un plan de preparación ante las crisis?

- Sí
- No

¿Se requiere que los gestores de hospitales pongan a prueba el plan?

- Sí
- No

¿Están los hospitales obligados legalmente a tener un plan de desastre y evacuación interna?

- Sí
- No

¿Con qué frecuencia la regulación prevé probar el plan?

¿Se requiere que los gestores de los hospitales entrenen al personal?

- Sí
- No

**4.2 ¿Están los establecimientos extra-hospitalarios de urgencia (SAPU/SUR) obligados legalmente de tener un plan de preparación ante las crisis?**

- Sí
- No

¿Se requiere que los gestores de estos centros entrenen al personal?

- Sí
- No

¿Se pone a prueba la colaboración entre los centros extrahospitalarios y los hospitales en los planes de emergencia?

- Sí
- No

¿Existe una ley que obligue a la RdU a tener un plan de preparación ante las crisis?

- Sí
- No

**Pregunta 5: Capacitación para la gestión de crisis**

5.1 ¿Existe capacitación específica para el personal de atención de urgencia en manejo de crisis y respuesta a los desastres?

- Sí
- No

5.2 ¿Podría nombrar las principales instituciones (privadas o públicas) que proveen ese tipo de capacitación? (Por favor incluir nombre y web institucional)

**Pregunta 6: Medidas de Seguridad del Paciente**

¿Existen medidas de seguridad, que se pueden proporcionar a las víctimas durante una situación de crisis?

- Sí
- No

¿Se utilizan sistemas de pareamiento del paciente con registros médicos (ejemplo: muñequeras y / o tarjetas de triage)?

- Sí
- No

¿Existen sistemas establecidos de manejo de estrés por incidentes críticos para el personal, los pacientes y sus parientes?

- Sí
- No

**Por último, ¿existe alguna otra persona que a la que deberíamos enviarle este cuestionario en calidad de experto de la RdU Chilena?**

Por favor, indique nombre y correo electrónico o teléfono de la persona si lo conoce.

**Anexo 1.7: Resultados encuesta Sistemas de Emergencia Médica**

La encuesta fue respondida por cuatro expertos en atención de urgencia y sistemas de salud.

**Legislación y financiamiento de los sistemas de emergencia médica**

Los 27 Estados miembros de la UE tienen una **legislación vigente** que regula el sistema de servicios de urgencia. En aproximadamente un tercio de los países estas leyes se publicaron en la década de 1990, mientras que en la mitad de los países las leyes son más recientes y datan del 2000 en adelante. Esto refleja el hecho de que la atención de emergencia es una disciplina emergente que se ha desarrollado en los años 1990 y 2000. En Chile, según los expertos las leyes se publicaron después del año 2000.

En relación a **los tópicos abordados en los conjuntos de leyes y reglamentos**, en Europa 27 países incluyeron el tópico "Libre acceso garantizado para todos a la atención de urgencia intrahospitalaria incluyendo personas sin seguro de salud y personas sin identificar"; 23 países incluyeron el tópico "Mínimos estándares de cuidado, mínimos estándares de equipamiento, requerimientos mínimos de calificación"; 24 países incluyeron el tópico "Mecanismos de Financiamiento"; 21 países incluyeron el tópico "Formación necesaria para el personal del sistema de emergencia médica". En Chile, los encuestados reportan que la Ley contiene los tópicos "Libre acceso garantizado para todos a la atención

de urgencia intrahospitalaria incluyendo personas sin seguro de salud y personas sin identificar" y "Mínimos estándares de cuidado, mínimos estándares de equipamiento, requerimientos mínimos de calificación".

Respecto a las situaciones en que el **copago es requerido para el acceso a la atención** en Europa en 7 países se requiere copago para atención pre-hospitalaria; en 7 países se requiere copago para atención intrahospitalaria; en 1 país se requiere copago en algunas regiones; en 2 países se requiere copago en algunos hospitales y en 16 países no se requiere copago para atención. En Chile se requiere de copago tanto en la atención fuera del hospital (SAPU/SUR) como en la atención intrahospitalaria (servicios de urgencia).

En cuanto a la **legislación relativa a la preparación y la respuesta a la crisis**, en términos generales, la mayoría (24) de los Estados miembros de la UE menciona en su legislación la preparación y la respuesta para desastres dentro de las competencias del Sistema de Urgencias. Sólo 13 Estados tienen un presupuesto especial destinado a la preparación para crisis- desastre, mientras que sólo 12 de los países tienen un presupuesto de reserva específica que se moviliza de inmediato en caso de una crisis-desastre. De ellos, 10 países tienen fondos destinado tanto para preparación y respuesta ante crisis-desastres. En cuanto al presupuesto para una respuesta rápida a una crisis, aparentan que la mayoría de los Estados asumen que el Gobierno movilizará rápidamente los fondos estatales de acuerdo a las necesidades de todas las "crisis". En Chile, los encuestados indicaron que no existe un ítem para crisis o desastres en el presupuesto del Sistema de Urgencias Médicas, y que tampoco existe un presupuesto de reserva de movilización inmediata para ser utilizada en caso de desastres/crisis.

El análisis respecto al **financiamiento**, en la mayoría de los países de la UE, las atenciones de urgencia son compradas por el Estado o por medio de un sistema de seguro nacional de salud de acuerdo con el número o tipo de servicios prestados. Los sistemas de pago se basan principalmente en la clasificación de los servicios (por ejemplo por grupos de diagnóstico). En 10 países, los servicios son pagados de acuerdo a una población de referencia (en su mayoría corresponde a una zona o residencia) especificado, que se solicita a cada proveedor de la atención de urgencia para cubrir. En Chile los sistemas de pago se basan en el número de número de servicio prestados, el tipo de servicio y la población asignada.

En Europa los servicios de **atención pre-hospitalaria** son entregados por una mezcla de instituciones públicas y privadas. Es interesante observar que los Centros de despacho están principalmente bajo control público, mientras que los servicios de ambulancia tienen una mayor proporción de proveedores privados. En Chile los servicios de ambulancia son entregados tanto por empresas públicas como por empresas privadas. Los centros de despacho son administrados por instituciones dependientes de los Hospitales, instituciones dependientes de las Autoridades Sanitarias y empresas privadas.

### **Atención de urgencia extra-hospitalaria (SAPU/SUR)**

En Europa el **número de teléfono de emergencia** mayormente usado para llamar en caso de emergencias médicas es el 112, siendo este exclusivo en 10 países del continente. En Chile, el número para llamar en caso de emergencias médicas es exclusivamente el 131.

En menos de la mitad de los países europeos (10 países) la **llamada en caso de emergencias médicas** tiene como operador a personal médico disponible en su primer despacho. En Chile los encuestados afirman que sí existe personal de conocimiento médico en el primer despacho de una llamada de emergencia médica nacional. En más de la mitad de los países europeos (18 países) la llamada se puede diferir a personal de pericia médica en caso de haber necesidad. En Chile los encuestados reportan que una llamada de emergencia médica nacional tiene las mismas características. En Europa la gran mayoría de los países tiene un **centro integrado de despacho receptor de la llamada de emergencia médica**. En Chile, la llamada telefónica se desvía a SAMU.

En cuanto al **acceso telefónico a la RdU**, tanto en Europa como en Chile la llamada de emergencia médica está libre de cargos adicionales, es decir, es gratis. Tanto en Europa como en Chile no es necesario marcar un código de región o área antes del número de emergencias médicas. En Europa los operadores tienen manejo del inglés, y este es el idioma generalmente usado. En Chile no hay manejo del inglés por parte de los operadores a cargo. Tanto en Europa como en Chile hay déficit en el manejo de idiomas de las minorías residentes. En Europa tan sólo 12 países están capacitados para ello (menos de la mitad en el estudio)

El número de **centros de despacho móviles médicos** para las llamadas de emergencias médicas es variable en Europa, yendo desde 1 a 290 según el país. En el caso de Chile los encuestados afirman que hay entre 12 y 14 centros de despacho destinados a responder a dichas llamadas telefónicas. A nivel europeo el nivel de cobertura de los centros de despacho es de distribución mayoritariamente regional, siguiéndole la sub-regional. En Chile, la mitad de los encuestados afirma que tienen distribución nacional, y la otra mitad afirma que tienen distribución regional. A nivel nacional, dichos centros de despacho no están funcionalmente conectados entre sí, a diferencia de Europa, en que la mayoría de los países poseen una interconectividad entre sus centro de despacho de las llamadas de emergencias médicas.

En Europa menos de la mitad de los países tiene acceso a **actualización en tiempo real de las camas disponibles de cuidados intensivos**, de dicho grupo la mayoría tiene esta actualización a nivel sub nacional (regional o local). En Chile los centros de despacho tienen acceso a la actualización en tiempo real de estas camas a nivel regional/local. En Europa la minoría de los países que tienen acceso a esta actualización lo pueden presentar vía internet. En Chile no hay representación vía internet de la información de camas disponibles.

Respecto a los **vehículos de emergencia** disponibles para la RdU, a nivel europeo existen los tres tipos de ambulancia (A, B y C), siendo la mayoría de tipo B, seguidas de la tipo C y por último la tipo A. A nivel nacional también existen los tres tipos de ambulancia, pero se desconoce el porcentaje de éstas.

## **Atención Intrahospitalaria**

Respecto a la **ubicación de los servicios de urgencia**, en los resultados de la encuesta europea podemos observar que la gran mayoría de los establecimientos universitarios, regionales y hospitales generales poseen un Servicio de Urgencia, sin embargo cabe destacar que solo 7 de los 27 países poseen un servicio de urgencias en establecimientos

privados. En Chile, los hospitales generales, regionales y universitarios disponen de un servicio de urgencias. Otro punto a destacar es los encuestados afirman que los hospitales privados sí poseen un servicio de urgencias, situación que difiere de la realidad de la mayoría de los países de Europa.

En cuanto a los **requisitos para acceder al servicio de urgencia**, en Europa muy pocos países exigen requisitos para que las personas puedan acudir a un servicio de urgencias y así ser atendidos. Solo 2 de 27 países exigen la interconsulta de APS y 3 de 27 la identificación del paciente, sin embargo todos aceptan que en caso de urgencia se le brinde atención al paciente a pesar que no cumpla con lo anterior. En Chile, según los encuestados, es obligatorio presentar alguna identificación, y algo que destaca es que se requiere co-pago para poder ser atendido, a diferencia de los servicios europeos. Sin embargo, al igual que en Europa, el paciente es atendido si no se entrega la información anterior. Cabe destacar que los requisitos son distintos para servicios de urgencia públicos y privados. La cobertura de la ley de urgencia es hasta el momento en que el paciente es estabilizado, luego de lo cual el paciente puede ser derivado a otro establecimiento (si está en un establecimiento privado por ejemplo) o quedarse en dicho establecimiento con autorización del seguro respectivo.

En Europa la gran mayoría de los países posee un **sistema de triage intrahospitalario** en 24 de 27 países, pero la minoría posee un sistema computarizado y que sea estandarizado nacionalmente. En Chile sí existe un sistema de triage según nuestros encuestados y este sistema sigue normas nacionales. Es interesante constatar que se reporta la existencia de un sistema computarizado de triage en algunos centros.

En cuanto a la **referencia a centros de especialidades**, en Europa 18 de los 27 países poseen un sistema de referencia de los servicios de urgencia a los centros de especialidades. No está claro si en nuestro país también existe un sistema de referencia a los centros de especialidad.

Relativo a la **calidad de atención**, en Europa 15 países poseen estándares de calidad nacional de los servicios de urgencia y de ellos 13 tienen un sistema para medirla. En Chile los encuestados reportan que existen estándares de calidad en los servicios de urgencia, a pesar de que no existen sistemas para medirlos.

En los países europeos son muy pocos los países que cuentan con **enlace a la atención social**; 7 países cuentan con trabajadores sociales dentro del staff permanente del equipo y sólo 2 con mediadores o interlocutores, sin embargo podemos apreciar un esfuerzo por tratar de paliar este déficit ya que hay varios planes pilotos en marcha. Según nuestros encuestados en Chile la realidad no es muy diferente, ya que la totalidad de ellos afirman que no existen asistentes sociales trabajando en forma permanente, ni tampoco hay mediadores e interlocutores aunque sí reportan proyectos pilotos en este sentido.

## Educación en la RdU

En el contexto de la **educación universitaria de urgencia**, en poco más de la mitad de los países europeos (16 países) la atención de urgencia constituye un curso obligatorio en los programas de pregrado de los médicos. En Chile dicho tópico también constituye parte

del currículo del egresado de la carrera de medicina. Tanto en la mayoría de los países europeos, como en Chile, la medicina de urgencia se encuentra acreditada o reconocida por la ley. En la mayoría de los países europeos en los cuales se ejerce la medicina de urgencia la duración del entrenamiento de residencia de hasta 6 años. En Chile dicho periodo no excede los 3 años. Tanto en Europa como en Chile se puede afirmar que la década de establecimiento de la especialidad como tal oscila entre los 90' y 2000.

En cuanto al **entrenamiento en medicina de urgencia** tanto en la mayoría de los países europeos, como en Chile, los programas de formación en medicina de urgencias siguen un plan de estudios aprobado a nivel nacional. En Europa la mayoría de los países tienen certificación nacional para médicos con entrenamiento en urgencia, sin embargo menos de la mitad de los países del continente proveen certificación de este entrenamiento a enfermeras. En Chile hay certificación nacional para médicos entrenados en atención de urgencias, sin embargo se desconoce si existe dicha certificación para enfermeras o paramédicos nacionales.

### **Gestión de los servicios de urgencia en crisis**

Una crisis se define en este estudio como cualquier situación en la que los servicios de atención de la salud reciben una cantidad inusualmente grande de nuevos pacientes en un período relativamente corto de tiempo, de tal manera que tensiona los recursos disponibles al límite, superando la capacidad de satisfacer las necesidades si las medidas excepcionales no se han implementado. Revisiones bibliográficas han demostrado que una respuesta efectiva de desastres es más dependiente del sistema local preexistente que de la ayuda externa. El servicio de urgencias es un componente clave para la preparación y respuesta ante las crisis y desastres, al asumir la responsabilidad de proporcionar atención médica a todas las víctimas de un desastre, por lo que debe integrarse en el proceso de toma de decisiones de **gestión de crisis**, así como en todas las actividades de preparación.

En la Unión Europea, menos de la mitad de los países (12) han incorporado un **representante específico de esta función esencial de emergencia** en su nivel más alto de toma de decisiones. En Chile, los encuestados indicaron que existe un representante de la RdU en el equipo de manejo de crisis. La mayoría de los países de la UE (23) cuentan con un marco legal y estructural en la gestión de crisis y la respuesta que asigna un papel específico a los servicios de urgencia en el Plan de Preparación para Crisis. En se reporta que existe una ley que estipula el rol de la atención de urgencia en caso de crisis/desastres

Relativo a la existencia de **cooperación internacional**, los eventos críticos pueden requerir una acción coordinada entre dos o más países, dependiendo de la magnitud del incidente o su proximidad a las fronteras nacionales. En el Europa, la mayoría de los países afirman tener acuerdos transfronterizos con organismos simples o con ocasión de eventos específicos (por ejemplo, Italia, Países Bajos), pero sólo 18 países han ratificado un acuerdo internacional. En Chile, no se reportan acuerdos de cooperación internacional.

En cuanto al **liderazgo en la gestión de crisis**, los 27 estados miembros de la UE presentan grandes diferencias con respecto a la estructura del centro de comando de incidentes. En 12 países el Ministerio del Interior es quien asume el liderazgo en caso de crisis nacionales, en 6 países es la Protección Civil y en 3 es el Ministerio de la Defensa. En

Chile, 3 se reporta que la institución encargada de asumir el liderazgo es el Ministerio del Interior.

Respecto al **Plan de Preparación para Crisis**, la preparación para emergencias gana valor real y eficacia sólo si los planes se prueban regularmente. Los simulacros y ejercicios representan el puente fundamental entre la educación y la respuesta. Casi todos los países de la UE de obligan legalmente a los hospitales (22 países) y a la atención prehospitalaria (24 países) a tener planes de preparación para la gestión de desastres y crisis. Sin embargo, no todos son obligados a poner a prueba este plan, sólo 21 países requieren poner a prueba el plan en la gestión prehospitalaria y 18 países en la gestión hospitalaria. En muchos países se recomienda realizar un test anual. En los Países Bajos, un programa nacional ('ZIROP') se ha establecido con el objetivo de probar los planes de preparación. También desarrolla y ofrece un sistema continuo de educación y apoyo para actualizar el plan. En Chile, los encuestados indicaron que los Hospitales están obligados por ley a tener un plan de preparación ante las crisis, aunque no es claro si se requiere que los gestores de hospitales los pongan a prueba.

Finalmente, respecto a la **capacitación para la gestión de crisis**, aunque la educación formal en gestión de desastres es todavía limitada en Europa, la mayoría de los Estados miembros (20 países) recomiendan, o incluso hacen obligatoria la formación específica en la gestión de crisis. En relación a Chile, se reporta la existencia de capacitación específica para el personal de atención de urgencia en manejo de crisis y respuesta a los desastres.

#### **Anexo 1.8: Revisión bibliográfica modelo de referencia internacional**

Con el fin de encontrar un modelo de referencia internacional se realizó una búsqueda bibliográfica de estudios comparativos internacionales de redes de atención de urgencia donde se mostrara cualquier tipo de ranking de los distintos países basado en indicadores cuantitativos tales como tiempo de respuesta de las ambulancias o mortalidad dentro de las primeras 24 horas de hospitalización. Si bien existen algunos estudios comparativos internacionales sobre sistemas de atención pre-hospitalaria, estos incluyen una muestra restringida de países y no incluyen indicadores de desempeño<sup>197198</sup>. Este hallazgo es consistente con la ausencia de un modelo de referencia internacional en el Informe Final de la Comisión de Urgencias del Colegio Médico en que esta Comisión entrega propuestas para mejorar la gestión de la RdU chilena<sup>199</sup>.

Dados estos antecedentes se decidió realizar una revisión de las redes de urgencia de algunos países desarrollados los que fueron identificados por los expertos en sistemas de salud que forman parte de nuestro equipo consultor. Los documentos analizados incluyeron los Health System Review de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tanto para el caso

---

<sup>197</sup> Emergency Services Review: A Comparative Review of International Ambulance Service Best Practice. National Health Service. 2009.

<sup>198</sup> Health Information and Quality Authority. Pre-hospital Emergency Care Key. Performance Indicators for Emergency Response Times: October 2012 (Version 1.1). Dublin: Health Information and Quality Authority; 2012.

<sup>199</sup> Situación de los sistemas de Atención de Urgencia en Chile: Propuestas Técnicas para Mejorar su Gestión. Informe de la Comisión de urgencias, Consejo General, Colegio Médico de Chile. 2012.

de Francia, Reino Unido y Holanda. Estos países fueron elegidos para ser incluidos como posibles modelos de referencia por el equipo consultor ya que cuentan con una RdU similar a la chilena, especialmente en los que se refiere a la existencia de una atención primaria organizada, lo que no es el caso, por ejemplo del sistema de salud de los EEUU. Junto con esto, los países elegidos corresponden a sistemas de salud con un desarrollo avanzado de sus redes de urgencia.

Además de incluir los sistemas de salud anteriormente mencionados, se decidió incluir a España y Finlandia debido a que estos países fueron identificados por Silva et al.<sup>200</sup> como países cuyo modelo de atención incluye una práctica médica en atención primaria con ciertas características similares a las de nuestro país, práctica multiprofesional, a saber:

- Atención ocurre al interior de un centro de salud.
- Pacientes que se inscriben con cada médico o con cada grupo de médicos.
- Mecanismo de pago está constituido por un salario en Finlandia y España.
- La dependencia administrativa recae en instituciones descentralizadas de administración local.

A continuación se presenta la revisión de las redes de urgencia de los países seleccionados.

### **Francia<sup>201</sup>**

La política de servicios de emergencia de Francia incluye la regulación de la atención de emergencia pre-hospitalaria, la organización de los departamentos de emergencia de los hospitales así como la disponibilidad apropiada de camas hospitalarias para pacientes ingresados a través de los departamentos de emergencia. La atención pre-hospitalaria incluye un centro de llamados atendido por personas entrenadas y con respaldo de un médico (SAMU). Dependiendo del llamado, la persona que responde el llamado puede dar consejo médico y recomendar que la persona consulte a su médico en horario hábil, puede enviar equipos de primeros auxilios o bomberos, móviles de tratamiento intensivo y cuidado pre-hospitalario, o puede enviar una ambulancia para el traslado del paciente a un departamento de emergencia en un hospital cercano. Existe también la posibilidad de enviar a un médico a domicilio dependiendo de la disponibilidad. Este centro de llamadas también actúa como un centro regulador derivando los móviles a los establecimientos adecuados y que tienen disponibilidad de camas.

Los departamentos hospitalarios de emergencia se dividen en servicios generales de emergencia (que absorben 55% de la demanda), servicios locales de emergencia con menor capacidad resolutiva (45%) y servicios especializados de urgencia (5%).

Desde hace más de una década la RdU ha identificado como su mayor problema la falta de acceso a servicios de atención primaria lo que sobrecarga la atención de urgencia en horario no hábil. Por esto, en 2004 se crearon centros de atención ambulatorios que estarían disponibles en horario no hábil así como centros de llamados de atención primaria para

<sup>200</sup> Informe Final “Propuesta para identificar la brecha de médicos en la dotación de Atención Primaria de Salud Municipal”. Nicolás Silva Illanes, Cristian Rebollo Díaz, Oscar Arteaga Herrera y Camilo Bass Del Campo. Asociación Chilena de Municipalidades, 2014.

<sup>201</sup> Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C and Mladovsky P. France: Health system review. Health Systems in Transition, 2010; 12(6): 1–291.

descomprimir la demanda del SAMU. En 2009 estos centros pasaron a ser administrados por las agencias regionales de salud. Otras medidas que se implementaron en el periodo 2004–2008 fueron el aumento de financiamiento para el reclutamiento de trabajadores de la salud en los servicios de urgencia y el aumento de camas críticas geriátricas, de cuidado intermedio. También se aumentó la oferta de servicios de hospitalización domiciliaria.

### **Reino Unido<sup>202</sup>**

Desde el punto de vista del paciente, la RdU del Reino Unido está compuesta por cualquier prestador que lo atienda en caso de una urgencia, esto es su médico de cabecera (General Practitioner), un centro ambulatorio sin necesidad de cita previa, una unidad de accidentes menores, un centro de urgencias, un centro de llamados (NHS 111), un farmacéutico local, un equipo local de salud mental, el departamento de emergencia de un hospital o los servicios de ambulancia. De estos puntos de contacto, sólo los departamentos de emergencia hospitalarios, servicios de ambulancia, NHS 111, médicos de cabecera fuera de horario y farmacias comunitarias de turno funcionan en horario no hábil. Los departamentos de emergencia de los hospitales de la red del NHS generalmente cubren todo tipo de emergencias aunque algunos departamentos se han especializado en urgencias oftalmológicas y odontológicas. Las camas críticas se dividen en tres categorías según la gravedad del paciente. No se describe un sistema de asignación centralizada de camas. En cuanto al sistema de ambulancias existen 11 fideicomisos de ambulancias en Inglaterra. Las llamadas requiriendo una ambulancia son categorizadas por un “emergency dispatcher” en A (condición representa un serio riesgo para la vida y debe ser atendido inmediatamente), B (condición grave pero no necesita ser atendido inmediatamente) o C (ni grave ni en riesgo de muerte). Cada una de esta categoría tiene un tiempo de respuesta máximo (8 minutos, 19 minutos, variable, respectivamente). Existen también organizaciones de caridad que proveen de servicios de helicóptero de emergencia aunque el NHS financia el equipo de salud que viaja en estos helicópteros. También existe la Asociación Británica de Cuidado Inmediato que provee de médicos voluntarios en caso de una emergencia que involucre a una gran cantidad de personas.

Al empezar el milenio el sistema de urgencias del Reino Unido había estado constantemente bajo ataque debido a su incapacidad de cumplir con estándares mínimos respecto a acceso y tiempo de espera en casos de emergencia. Es por esto que en el año 2000 se implementó el Plan NHS cuyos objetivos para la atención de urgencia fueron los siguientes:

- ✓ Los tiempos de respuesta de la ambulancia debían mejorar de manera que las ambulancias respondieran un 75% de las llamadas de emergencias que amenazan la vida en ocho minutos o menos; y
- ✓ Ninguna persona espera más de cuatro horas en un departamento de A & E desde la llegada hasta admisión a una cama en el hospital. El traslado a otro lugar tendrá duración media de espera de 75 minutos.

En 2009, el 98% de las personas esperaron cuatro horas o menos en un centro de atención de urgencia. En cuanto a la espera por una ambulancia, la meta de 75% de las llamadas

---

<sup>202</sup> Seán Boyle: United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition, 2011; 13(1):1-486.

tipo A se cumplió en 2006. La meta de 95% para las llamadas tipo B no se había cumplido hasta 2009 aunque un 91% de las llamadas había sido atendidas en 19 minutos o menos.

No obstante, en opinión de las nuevas autoridades el sistema sigue teniendo falencias y para dichos fines en el 2014 se creó un grupo de trabajo de la NHS, Commissioning Assembly, que diseñó diversas medidas para superarlas<sup>203</sup>.

### **Holanda<sup>204</sup>**

En el caso de Holanda, se espera que todas las personas que no tengan un emergencia que ponga en serio riesgo su vida deben consultar en primer lugar a su médico de cabecera, los cuales tienen implementadas líneas telefónicas exclusivamente dedicadas para este propósito en horarios no-hábiles. El médico de cabecera trata al paciente o lo deriva a un departamento de emergencia según sea necesario. En horario no hábil los usuarios pueden contactar telefónicamente a un puesto de médico de cabecera donde un asistente entrenado realiza un *triage*; dependiendo del caso el asistente puede aconsejar al usuario que se acerque a puesto de salud más cercano o un médico de cabecera puede ser enviado a la casa del paciente. A pesar de estas directrices, un 60% de los pacientes en las salas de emergencia llegan sin haber sido derivados desde otros nodos de la red de salud.

Los departamentos de urgencia están bien distribuidos en el país y cualquier persona tiene acceso a servicios de urgencia a menos de 30 minutos de viaje. En los últimos años los puestos de salud y los departamentos de urgencia han tendido a integrarse organizacional y geográficamente. Una persona encargada del *triage* decide si la persona debe consultar a un médico de cabecera o debe dirigirse a un departamento de urgencia.

En el caso de situaciones urgentes las personas pueden llamar al servicio de ambulancia las que no deberían tardar más de 15 minutos en llegar la sitio del evento. Una persona encargada del *triage* determina rápidamente la urgencia del llamado y la rapidez con la que se dará una respuesta al requerimiento.

Para accidentes severos existen centros especializados de trauma generalmente asociados a hospitales universitarios. Menos de la mitad de estos centros tiene un helicóptero disponible.

### **Finlandia<sup>205</sup>**

En Finlandia las atenciones de urgencia son realizadas en los centros de salud y hospitales distritales los que tienen a toda hora al menos un médico de llamada. Un porcentaje importante de las atenciones que se realizan en horario no hábil no corresponden genuinamente a atenciones de urgencia sino que a atenciones electivas que no han sido resueltas en el horario habitual de funcionamiento de los centros. En el último tiempo las

---

<sup>203</sup> Transforming urgent and emergency care services in England. Update on the Urgent and Emergency Care Review, NHS, 14 Agosto 2014.

<sup>204</sup> Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition, 2010; 12(1):1-229.

<sup>205</sup> Vuorenkoski L, Mladovsky P and Mossialos E. Finland: Health system review. Health Systems in Transition. 2008; 10(4): 1-168.

municipalidades han empezado a contratar a médicos que no trabajan en el centro regularmente para atender las llamadas de urgencia.

La calidad de los servicios de ambulancia son extremadamente heterogéneos ya que cada municipalidad es responsable de administrar su propio servicio de ambulancias, los que generalmente están tercerizados a empresas privadas. El seguro de salud nacional paga los servicios de ambulancia desde el domicilio del paciente o sitio del accidente al centro de salud pero los trasladados entre centros de salud deben ser financiados por ellos mismos. Una parte del financiamiento proviene, en forma de copagos, de los pacientes que reciben los servicios.

En general, la RdU de Finlandia ha estado bajo constantes críticas debido a su fragmentación y el hecho de que algunas municipalidades cubren una población muy pequeña como para tener una RdU que funcione eficientemente.

La RdU cuenta con seis helicópteros los que son financiados parcialmente por donaciones privadas, los hospitales y el Estado.

### **España<sup>206</sup>**

El Servicio Nacional de salud define una emergencia como la atención que se presta a los pacientes cuya condición clínica requiere una acción clínica inmediata. Esta atención se disponible 24 horas al día dentro o fuera (visitas domiciliarias) de los centros de salud. La organización de la RdU es responsabilidad de cada comunidad autónoma. La coordinación de los diferentes elementos de la RdU se realiza a través de centrales de llamados, las cuales además proveen consejo médico y orientación a los usuarios de la red. La canasta de prestaciones de urgencia también incluye evaluación inicial inmediata del paciente, clasificación y, si es necesario, traslado a un centro de atención para diagnóstico, tratamiento y monitoreo, transporte a otro centro de ser necesario, orientación legal en caso de violencia intrafamiliar o accidentes, aseguramiento de la continuidad de la atención una vez que la emergencia se acaba y uso y denuncia a las autoridades de casos tales como abuso infantil y otros<sup>207</sup>.

### **Opinión de expertos**

Se consultaron dos tipos de expertos para validar los modelos conceptuales desarrollados, la revisión bibliográfica y la elección de un modelo de referencia:

- a. Personas incluidas en el equipo consultor (Oscar Arteaga y Sylvia Galleguillos) que cuentan con amplia experiencia en la evaluación de sistemas y redes de salud. A estas personas se les presentó el informe de la revisión bibliográfica y se recogió su opinión para validar cualitativamente las conclusiones de dicho informe, especialmente el uso de modelos conceptuales y la definición del gold standard. Luego de los comentarios recibidos por la contraparte y la posterior modificación de

---

<sup>206</sup> García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(4):1-295.

<sup>207</sup> Para revisar el sistema español se encuentra "Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España", 2011, Coordinadores Joseba Barroeta Urquiza y Nuria Boada Bravo.

los modelos conceptuales a utilizar, se envió el documento a los expertos, quienes realizaron comentarios los que fueron incluidos en el presente informe.

b. Personas expertas en atención de urgencia, como el Dr. Leonardo Ristori y el Dr. Leoncio Tay, quienes cuentan con una vasta experiencia en la gestión y diseño de instituciones y sistemas de atención de urgencia<sup>208</sup>. A estos expertos se les contactó telefónicamente para preguntarles acerca de la literatura que pudiera orientar la elección de un modelo de referencia internacional. Si bien ambos sugirieron algunos documentos, ninguno de ellos pudo indicar un estudio comparativo internacional respecto a indicadores de desempeño de las redes de urgencia. En opinión de ambos, el sistema francés ha funcionado como un gold standard en Chile, especialmente tomando en cuenta que algunos de los componentes de la Red fueron diseñados basándose en dicho sistema y que muchos profesionales de la salud que trabajan en este ámbito han ido a capacitarse al país en comento.

#### **Anexo 1.9: Análisis organizacional y funcional de la RdU y sus mecanismos de coordinación.**

Al analizar la estructura organizacional de la RdU, es posible observar al menos 2 dimensiones: una instancia de coordinación y otra de nivel operativo, que es la encargada de ejecutar las actividades propias de la RdU.

##### **1.9.1. Dimensión de coordinación**

Su objetivo principal es coordinar las distintas instancias que generan las directrices que determinan el funcionamiento operativo de las redes de urgencia a nivel local. A continuación se describen los distintos niveles que conforman esta dimensión.

A nivel del Ministerio de Salud es posible observar la existencia de una instancia de coordinación denominada Coordinación Nacional de la RdU.

##### **Coordinación nacional de la RdU**

Corresponde al ámbito de coordinación entre dos divisiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que a su vez establecen los lineamientos normativos y de coordinación de los distintos ECE, a saber:

- **División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA)** que tiene por misión gestionar el desarrollo y funcionamiento armónico, coordinado e integrado de las redes públicas de salud y sus establecimientos hospitalarios,

---

<sup>208</sup> El Dr. Leonardo Ristori cuenta con más de 40 años de experiencia en la medicina de urgencia. Entró a la Asistencia Pública en 1973 y pasó por las distintas jefaturas hasta ser Director del Hospital de Urgencia Asistencia Pública (ex Posta Central), liderando el proceso de transformar a la Posta en un Hospital. El Dr. Leoncio Tay, por su parte, ha sido reconocido por la Universidad de Chile por su amplia trayectoria en la medicina de urgencia y es actualmente el médico regulador del SAMU, ver <http://www.mdu.cl/ceremonia-de-reconocimiento-a-los-dres-leoncio-tay-u-y-alberto-maturana-p/>.

- mediante la optimización de sus procesos y recursos asignados, con el propósito de satisfacer las demandas de salud, garantizar la continuidad y oportunidad en la atención, generando impacto sanitario en la población usuaria<sup>209</sup>. De esta división dependen los ECE SAMU, UEH y UGCC.
- **División de Atención Primaria (DIVAP)** cuya misión es asegurar que el modelo de Salud Familiar y Comunitaria sea la base fundamental para el desarrollo de la APS<sup>210</sup>. De esta división dependen los ECE SAPU, SUR.

Este nivel de coordinación nacional vincula el quehacer de todas las redes regionales, generando las políticas de carácter nacional para la atención de urgencia procurando una mirada transversal, equitativa y que asegure la oportunidad en la atención. Además cumple una función estratégica realizando planes y programas generales como capacitación continua, validación de estándares, formulación y solicitud de recursos y seguimiento de estos, entre otros<sup>211</sup>.

Más cercano al nivel operativo, existen instancias de coordinación que se describen a continuación:

### **Coordinador local de la RdU**

Este rol tiene por propósito articular los distintos dispositivos que conforman la RdU, de modo de asegurar la diversidad e intensidad de las atenciones requeridas por el paciente y su familia. Esta coordinación de la RdU, corresponde a una función estratégica necesaria para el desarrollo de las redes cada vez más cercanas y acordes a las necesidades de la población<sup>212</sup>.

Se identifican 2 niveles distintos para este rol:

**Coordinación local de la RdU:** a nivel de cada SdS, se establece la coordinación territorial permanente compuesto por los distintos ECE que componen la RdU y eventualmente otros dispositivos públicos o privados, para evaluar la respuesta a los usuarios a través de información de la demanda y la oferta. Es acá donde se presentan las propuestas de cambios requeridas para toda la red. Cada SdS debe contar con un equipo responsable de gestión desde el propio Servicio<sup>82, 83</sup>.

**Coordinación regional de la RdU:** nivel de coordinación a nivel regional, entre los servicios que integran dicha región. En esta instancia se proponen y revisan las propuestas de cambio formuladas, se elaboran los presupuestos de expansión para cada año y se establece el vínculo con la Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI – Autoridad Sanitaria). Debe estar integrada por todos los coordinadores de la RdU de los Servicios de Salud<sup>83</sup>.

---

<sup>209</sup> Ministerio de Salud 2014, Subsecretaría de Redes Asistenciales.  
[http://web.minsal.cl/SUBS\\_DE\\_REDES\\_ASISTENCIALES](http://web.minsal.cl/SUBS_DE_REDES_ASISTENCIALES)

<sup>210</sup> Ministerio de Salud 2014, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Organigrama de Redes Asistenciales.  
<http://transparencia.redsalud.gov.cl/transparencia/public/sra/redes.pdf>.

<sup>211</sup> Ministerio de Salud 2013. “Proceso de Urgencia (UEH)”.

<sup>212</sup> Ministerio de Salud 2012. “Rol de Coordinador de la Red de Urgencia Local”.

Otra instancia de coordinación existente a nivel de los SdS corresponde al Consejo de Integración de la Red Asistencial, cuyo rol es asesorar el director del SdS y proponer medidas para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la dirección del SdS, los hospitales y los establecimientos de la APS<sup>213</sup>. Si bien su orientación original es a la coordinación de la red en forma global, permite que aspectos de la atención de urgencia sean tratados en estas instancias.

Este Consejo, comúnmente denominado CIRA (Consejo Integrado de la Red Asistencial) debiera contar con las atribuciones suficientes para cumplir un activo rol en la RdU de los Servicios de Salud, considerando la complejidad de las mismas, ser de multinivel, e incluir entidades complementarias que participen de la misma red.

En el caso de redes asistenciales con territorios extensos, se han generado instancias de coordinación equivalentes en función de las divisiones administrativas (provincias) o distribución de los establecimientos hospitalarios y sus flujos de derivación.

#### **1.9.1.1. Coordinación observada en las redes estudiadas**

Considerando las limitaciones ya expuestas de la muestra definida en este estudio, es posible identificar algunos patrones que se repiten en forma consistente en los ECE analizados.

Dentro de estos patrones se encuentran:

- Los mecanismos de coordinación al interior de las redes, descansan principalmente en la capacidad local de gestionar reuniones y establecer conexiones entre los ECE, basados principalmente en relaciones personales. La red de salud organizada en microredes, impresiona con una capacidad mayor de coordinar y establecer procedimientos comunes y estandarizados de atención.
- El Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA), pasa a ser el mecanismo de coordinación preeminente en la RdU del SSMS. Por el contrario, en el SSO la coordinación local de la RdU se ejerce activamente según lo manifestado por los entrevistados.
- El registro de los acuerdos parece ser irregular, basado principalmente en el intercambio de correos electrónicos que contienen la información requerida, así como archivos de uso compartido. No existe mecanismo de seguimiento de estos correos o documentos generados al interior de las redes, dificultando el cumplimiento de los acuerdos eventualmente adoptados en estas instancias.
- La coordinación entre ECE parece ser más fuerte y confiable que la que se da a nivel de red. La comunicación personal genera condiciones que facilitan la coordinación operativa en casos puntuales y de difícil manejo.
- Debido a la alta rotación existente en el staff médico que se desempeña en la APS, las decisiones y definiciones tomadas en instancias de coordinación, deben ser continuamente revisadas o redefinidas, atentando contra la continuidad de la atención.

---

<sup>213</sup> Gobierno de Chile. 2004. Ley 19.937 Modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629&buscar=19937>. Visto en 29 de mayo de 2015.

- Llama la atención lo manifestado en el SAMU RM, en que no existen reuniones de red con las distintas instancias que se relacionan directamente con este ECE. Solo se establecen reuniones caso a caso con los establecimientos que lo requieran, sin una periodicidad establecida.
- Las decisiones se toman en forma grupal por parte de los asistentes a las distintas instancias de coordinación identificadas, independiente del tipo de red estudiada.
- Dentro de los medios de comunicación utilizados en las redes para ejecutar la coordinación definida, destaca el correo electrónico, comunicación telefónica y mensajería de texto. En caso de eventos de gran magnitud, se utiliza la radiocomunicación para coordinar respuestas integradas. No existe en ninguna de las redes, un sistema de información común o integrado que permita facilitar la comunicación y coordinación entre los distintos ECE.
- La frecuencia de las reuniones e instancias de coordinación es variable, desde reuniones semanales a nivel de ECE, hasta reuniones mensuales o bimestrales, incluyendo reuniones realizadas en forma ocasional sin programación previa.

#### **1.9.1.2. Diseño Organizacional**

El diseño original de la red ha sido superado por la evolución del comportamiento de las patologías que requieren ser tratadas en las unidades de emergencia. El proceso de transición epidemiológica también se ha manifestado en el perfil de consultantes, modificándose desde un perfil eminentemente originado en el trauma, a uno mixto en que las patologías de origen cardiovascular se han hecho más frecuentes, en pacientes con polipatología y de complejidad creciente.

Esto genera la necesidad de contar con unidades que puedan dar cuenta de ambas realidades, o se especialicen en algunas de ellas para conformar redes complementarias, al interior de las propias redes, o en la lógica de macro regiones. Asimismo, la aparición de nuevas tecnologías ha permitido realizar intervenciones altamente efectivas y de alto impacto relativo en el área cardiovascular, como es el caso del tratamiento del infarto agudo al miocardio. Situación similar, se debería establecer para el manejo de los accidentes cerebrovasculares, considerando que la neuroradiología de intervención permite obtener resultados equivalentes, mejorando la sobrevida y por sobre todo, la calidad de vida posterior al evento. Esto obliga a repensar las redes en función de estas nuevas opciones, entre las que se cuenta la telemedicina, la que facilita la evaluación de casos complejos, incluso en lugares alejados que no cuentan con el especialista en el lugar.

Respecto al manejo de paciente con politraumatismo, existen grandes dificultades para el manejo integral de esta patología dado la dificultad de contar con equipos clínicos multisistémicos, es decir, que incluyan especialistas del área de la traumatología, neurocirugía y neurología entre otros, en el mismo establecimiento. Incluso en Santiago, hay 2 Institutos para ambas especialidades que funcionan en redes distintas, sin posibilidad de manejar este tipo de pacientes en forma integral.

El diseño actual de las redes de urgencia, se han visto afectadas enormemente por el cambio en el mercado de contratación médica, en el cual los profesionales médicos prefieren mecanismos de contratación que aseguren mejor ingreso, por sobre los contratos

bajos las leyes habituales (ley 15.076 y ley 19.664). El pago de honorarios ha ido generando una competencia al interior de las propias redes asistenciales, en función del valor de pago por hora de turno realizado. Esto distorsiona la conformación o idea original de las redes de urgencia, donde se privilegia asegurar la atención habitual por sobre la conformación de equipos de alto rendimiento orientados a entregar atención de especialidad en el área de urgencia. Esto obliga a repensar el diseño de las redes, generando incentivos nuevos y definiendo el desarrollo de ciertas especialidades en algunos de los centros, en vez de contar con una dispersión que hace imposible la resolución de patologías más complejas al no contar con el staff o tecnología adecuado.

### **1.9.2. Dimensión Operativa**

La estructura organizacional de la RdU, sigue la lógica del Modelo de Gestión en Red definido para el conjunto de establecimientos de salud desde mediados de la década del 2000. Es decir, la red está compuesta por establecimientos que se organizan en niveles de complejidad, de acuerdo a un modelo de atención definido. Estos establecimientos se relacionan entre sí a través de sistemas de referencia y contra referencia de pacientes, conformando lo que se denomina una red de atención, al servicio de las necesidades de salud de la población de un determinado territorio a cargo en el ámbito de la atención de urgencia – emergencia<sup>214</sup> del país<sup>215</sup>. Esto hace sentido considerando que los problemas de salud que presenta la población son de distinta naturaleza y complejidad, los que pueden ser resueltos en forma progresiva y complementaria por los distintos ECE que componen las redes de urgencia. Esto requiere contar con altos niveles de coordinación entre los distintos establecimientos pertenecientes a dichas redes. En el caso de las redes de urgencia, este último factor resulta ser un aspecto crítico en escenarios de complejidad ascendente. La disposición de los distintos ECE debe considerar las capacidades existentes en cada uno de ellos permitiendo que la respuesta entregada por la RdU sea progresiva en función de la demanda de atención, optimizando la utilización de los recursos disponibles en ella.

En la RdU, cada ECE resulta indispensable para dar cuenta de la atención de salud de urgencia/emergencia. Los de mayor complejidad como las Unidades de Emergencia Hospitalaria o las Unidades de Paciente Crítico, dependen directamente de las atenciones que un SAPU o SUR pueda entregar, constituyendo un verdadero filtro activo de las necesidades de atención en esta área. La complementariedad al interior de la red, permite estructurar una respuesta sistémica controlada, integral y evaluable en función de las características del problema de salud existente y la respuesta de cada uno de los ECE participantes en ella. De esta manera, un mismo proceso clínico por un determinado problema de salud, tiene etapas que se desarrollan en los distintos ECE de la RdU, según la complejidad, gravedad o premura con que debe ser resuelto este problema. Esta visión de proceso de atención, es la guía de la gestión clínica en las redes asistenciales y en especial,

---

<sup>214</sup> Se entiende por urgencia a la demanda de atención por parte de la población, que percibe que la resolución de su problema de salud no puede ser pospuesta. En tanto, emergencia corresponde a la atención de salud no postergable definida de esta manera por el equipo de salud según parámetros clínicos (“Manual Administrativo para la Atención de Urgencia en Consultorios Generales Rurales”. Ministerio de Salud. [http://www.ssvq.cl/comite\\_urgencias/manuales\\_sapu/NORMAS%20TECNICAS%20SERVICIO%20DE%20URGENCIA%20RURAL.pdf.](http://www.ssvq.cl/comite_urgencias/manuales_sapu/NORMAS%20TECNICAS%20SERVICIO%20DE%20URGENCIA%20RURAL.pdf.))

<sup>215</sup> Ministerio de Salud 2006. “Guía de Organización y Funcionamiento Unidades de Pacientes Críticos Pediátricos”.

en la RdU, considerando que las atenciones pueden requerir de una simple evaluación médica o según sea el caso, necesitar servicios de apoyo diagnóstico, procedimientos quirúrgicos y hospitalización de alta complejidad.

## **Planificación – programación en red y procesos asistenciales**

Esta visión del trabajo en red, requiere de la planificación y programación de las actividades, bajo la misma perspectiva. La planificación en Red es un proceso, que permite a los miembros de la red de atención de un área geográfica liderado por el Gestor de Red, implementar el diagnóstico de salud local.

Una vez identificados los factores que determinan los problemas observados, se deben establecer los lineamientos para solucionar la problemática descrita, ordenar los recursos, estrategias y actividades, fijar metas y asignar responsabilidades entre los distintos componentes de la red para enfrentar de manera armónica, coordinada y resolutiva las necesidades detectadas en el diagnóstico, lo que se denomina programación en Red, tal como lo establece el documento Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2014, del Ministerio de Salud<sup>216</sup>.

Así también, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se ha planteado incorporar a la propuesta de trabajo con los Servicios de Salud, el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)<sup>217</sup> que permita asegurar el cumplimiento de los macro objetivos definidos sobre su gestión, a saber<sup>218</sup>:

1. Fortalecer la integración de la Red Asistencial Pública, bajo el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en APS, coordinando los diferentes niveles de atención, facilitando la continuidad asistencial con equidad y calidad para lograr impacto sanitario en la población a cargo.
2. Diseñar e implementar un Plan Nacional de Mejora Continua en la Calidad de Atención en Salud.
3. Desarrollar una nueva política de gestión, formación, retención y desarrollo de las personas que trabajan en el sector salud, centrada en el respeto y reconocimiento a sus aportes cotidianos y a su necesaria participación.
4. Fortalecer la Gestión Financiera del Sector y el Financiamiento de la Red Asistencial Pública.
5. Desarrollar un Plan Nacional de Inversiones Públicas que permita abordar las graves brechas existentes de infraestructura y equipamiento en el Sector Público de Salud.

El modelo de RISS, promovido por la OPS desde el año 2010, identifica los efectos negativos que la fragmentación de los sistemas de salud produce tanto a nivel interno (gestión, uso de recursos) como a nivel externo (baja satisfacción usuaria con los servicios de salud recibidos), reflejándose en aspectos como:

<sup>216</sup> Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2014. División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. 10 de septiembre de 2013.

<sup>217</sup> Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación. OPS. 2010.

[http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250)

<sup>218</sup> Mapas de procesos de Atención de Salud. DIGERA. MINSAL. Versión 2015.

- Segmentación institucional del sistema de salud,
- Predominio de programas focalizados en enfermedades,
- Riesgos y poblaciones específicos (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria,
- Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria,
- Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos.

En el mismo sentido, la iniciativa RISS apunta a optimizar y garantizar el acceso a los servicios, mejorar la calidad técnica en la prestación de los mismos, propiciar el uso racional y eficiente de los recursos disponibles y mejorar la satisfacción de los ciudadanos con los servicios de salud recibidos.

La metodología de abordaje sugerida por el modelo RISS, ordena la gestión desde cuatro ámbitos, cada uno con atributos específicos, a saber:

- Modelo asistencial
- Gobernanza y estrategia
- Organización y gestión
- Asignación de recursos e incentivos

Como alternativa de respuesta frente a este desafío, resulta apropiado considerar la Gestión por Procesos, como el modelo, el método y las herramientas más apropiadas para lograr la gestión integral de los establecimientos de salud<sup>219</sup>. En este contexto, el enfoque de Gestión por Procesos parte de la gestión clínica, centrada en el paciente, buscando aplicar las acciones más eficaces para lograr la mayor efectividad en la atención clínica, de manera más estructurada, simplificada y estandarizada, profundizando en la calidad de la atención, al hacer visibles las oportunidades de mejoras posibles de implementar.

De esta manera, los lineamientos para la atención de urgencia en red definidos por el MINSAL<sup>220</sup> establecen la necesidad de conformar la red local de urgencia en cada SdS que se coordina planificadamente, priorizarla atención en las UEH a través de la categorización de los consultantes y la orientación a los beneficiarios poli consultantes y consultantes habituales de las UEH a inscribirse y recurrir a los consultorios de APS para una atención integral.

Para lograr estos objetivos, en el año 2012<sup>221</sup> se levantaron los principales procesos asistenciales, dentro de los que se encontraba el proceso de Atención de Urgencia enfocado en las unidades de emergencia de los establecimientos hospitalarios. Este levantamiento de procesos, puede ser un buen modelo de inicio para el resto de los ECE a la hora de planificar y programar las actividades en el contexto de la RdU.

---

<sup>219</sup> Mapas de procesos de Atención de Salud. DIGERA. MINSAL. Versión 2015.

<sup>220</sup> Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2014. División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. 10 septiembre 2013.

<sup>221</sup> Mapas de Proceso de la Atención de Salud. División de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. 2012.

Sin embargo, existe una importante limitante para esta programación: estos procesos tienen la lógica de establecimientos únicos que desarrollan el proceso en forma aislada más allá de la eventual identificación de otros actores. Esto genera que los casos de mayor complejidad que requieren necesariamente ser resueltos en varios establecimientos de la red, dependan exclusivamente de la coordinación local por sobre etapas de procesos estandarizados que abarquen la red completa. Una excepción la constituye las patologías cubiertas bajo el programa GES, que si bien no cuentan con procesos de atención específicos, si entregan directrices que facilitan la coordinación al interior de las redes o macro redes.

Para el análisis funcional de la RdU, se empleará la lógica de procesos, pero desde la perspectiva de red por sobre la establecimientos únicos y aislados. Para ello se utilizaron manuales, documentos de procesos generados por el Ministerio de Salud el año 2012 y actualizado el 2015, así como también, opinión de expertos. Para facilitar su lectura, cada etapa se ha identificado con un número.

#### **Anexo 1.10: Análisis de la cadena de valor del proceso asistencial en la RdU**

##### **Administración**

Desde el punto de vista administrativo, la existencia de una dependencia mixta (SdS y Municipios) genera situaciones que dificultan la coordinación adecuada al interior de la red. Si bien la dependencia técnica, puede ser manejada sin grandes dificultades por el SS, la coexistencia de regímenes distintos de financiamiento, gestión, manejo del capital humano, entre otros aspectos, dificultan el trabajo en red.

También se identifican diferencias importantes en el equipamiento y calidad de las instalaciones disponibles para la atención a la comunidad. Resulta difícil pensar que dadas las condiciones en las que algunos equipos de salud trabajan, puedan generar el valor esperado y requerido por el paciente, si no cuentan con las herramientas adecuadas para el desarrollo de las actividades asistenciales.

Se destaca el gran compromiso de los equipos de salud de los establecimientos de las redes asistenciales, que permite dar continuidad en la atención a pesar de las dificultades y limitaciones de recursos existentes en la red. Esto se manifiesta en particular en el ECE SAMU, donde el testimonio recogido muestra una distancia extrema entre los recursos disponibles y los esperados para la situación social y geográfica nacional.

##### **Información**

Desde el punto de vista de la información necesaria para el adecuado funcionamiento de la red asistencial, los establecimientos o servicios orientados específicamente a la atención de urgencia cuentan con sistemas de registro electrónico de información, de distinta naturaleza y calidad, dificultando el seguimiento de los pacientes y sobre todo, la posibilidad de compartir con el resto de la red información crucial para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos definidos por los equipos de salud, no solo en la red de urgencia, sino que en toda la red asistencial correspondiente. En los establecimientos que si cuentan con sistemas de registro clínico electrónico, los equipos tratantes manifiestan las ventajas de contar con

información de calidad que puede ser compartida con otros equipos de la red asistencial. La existencia de normativa que ha permitido estandarizar los registros, ha permitido mejorar la calidad de la información y facilitar que esta sea compartida al interior de las redes. Sin embargo, persisten deficiencias en relación a los estándares de información asociada a datos claves como por ejemplo, diagnósticos y prestaciones realizadas.

Respecto a la información disponible para entregar a los pacientes y sus familias y la comunidad general, si bien hay lineamientos reconocidos por los distintos equipos, existen respuestas de distinta naturaleza dando la impresión que no existe la posibilidad de compartir las mejores prácticas y experiencias en establecimientos equivalentes. No existe un portal web con información de orientación a los potenciales usuarios, lo que impide que pueda tomar decisiones adecuadas desde la perspectiva del autocuidado y uso razonable de los recursos de los establecimientos que realizan la atención de urgencia.

### **Prescripción**

Este es un ámbito extremadamente sensible y con enormes diferencias dentro de la red, que se hace aún más complejo al considerar el difícil manejo de algunos de los medicamentos de uso más frecuente en los pacientes que reciben atención de urgencia. Las dificultades manifestadas por algunos de los equipos clínicos, ponen en evidencia ocasionales quiebres de stock en algunos medicamentos, insuficiente registro de lo realizado, y siendo casi inexistente, respecto al uso de insumos y registro de prestaciones asociadas a la atención de urgencia. La inexistencia de sistemas de información adecuados, hace prácticamente imposible realizar un registro que permita identificar exactamente, todos las prestaciones entregadas, incluyendo prescripciones, exámenes e insumos ocupados. A esto se agrega los eventuales riesgos asociados a la atención de salud, que a su vez generan un mayor costo sin los resultados esperados.

### **Medición**

A nivel hospitalario, en general se cuenta con acceso a exámenes de laboratorio y radiología, la mayor parte del tiempo, siendo creciente la digitalización de estos resultados permitiendo que estos sean distribuidos al interior de las redes y eventualmente, entre distintas redes asistenciales. En el nivel primario de atención, esto varía de acuerdo a la capacidad local de los distintos municipios de contar con servicios de este tipo. Existen comunas que cuentan con laboratorios propios u otros que compran servicio, lo que les permite mejorar su resolutividad. Los nuevos SAR, vienen a mejorar el acceso a este tipo de prestaciones en la atención de urgencia en el nivel primario de salud, evitando traslados innecesarios y utilización de las UEH de mayor complejidad solo para completar el estudio inicial básico.

### **Acceso a la atención**

Prácticamente todos los equipos manifiestan dificultades de diversa índole para dar acceso a los pacientes a una serie de actividades necesarias para entregar el adecuado tratamiento, entre las que se cuentan baja disponibilidad de horas médicas incluyendo la de especialistas, instalaciones inadecuadas para la entrega de las prestaciones habituales, dificultad en el

transporte adecuado de pacientes (entrada y salida), dificultades en el acceso a camas de hospitalización en pacientes que así lo requieran.

Las diferencias más importantes pueden observarse al comparar el acceso a atención de urgencia en áreas urbanas y rurales, considerando las distancias existentes y el limitado acceso a transporte adecuado en zonas extremas.

La categorización de los pacientes, permite planificar de mejor manera los tiempos de atención según la gravedad de los casos clínicos. Sin embargo, el gran volumen de pacientes que solicitan atención por patologías de baja complejidad, dificultan el acceso a atención adecuada a aquellos pacientes que si requieren ser evaluados prioritariamente.

### **Monitoreo y prevención**

Se requiere una mayor y mejor integración con el resto de los niveles de atención, para lograr un mejor seguimiento de los pacientes que así lo requieran, evitando las consultas repetidas y reingresos innecesarios. De la misma manera, muchas consultas innecesarias se evitarían si la atención primaria lograra manejar adecuadamente los pacientes de mayor complejidad y respondiera a las necesidades básicas de atención de patologías de menor complejidad, pero de alta demanda. La capacidad de comunicación entre la atención de urgencia y el seguimiento posterior en atención primaria, depende de la coordinación local, más que de un concepto de red orientada a la atención integral de los pacientes.

### **Proceso diagnóstico, planificación del proceso terapéutico y proceso terapéutico**

Respecto a estos 3 subprocessos, la gran dificultad existente en ésta área lo constituye la dificultad de contar con horas médicas para la atención de urgencia, en especial, horas de especialistas que permitirían mejorar en forma sustantiva la resolutividad especialmente en las UEH. El no contar con especialistas o médicos con formación específica en la atención de urgencia, puede generar un sobre uso de elementos diagnósticos o incapacidad para resolver patologías de mayor complejidad.

Si bien es cierto algunas de las soluciones se escapan del manejo que pueda hacerse desde las propias redes, la ocupación de todos los incentivos actualmente disponibles en el sector público, así como también, la exploración de soluciones innovadoras que aseguren la permanencia y/o atraigan nuevos profesionales a los establecimientos de la red asistencial. De esta manera, se podría evitar la actual situación que dificulta o prolonga el proceso diagnóstico lo que resulta clave para asegurar un tratamiento adecuado a los beneficiarios, optimizando la utilización de los recursos. Asimismo, la incapacidad de planificar y llevar a cabo adecuadamente el proceso terapéutico, ocasiona discontinuidad en el tratamiento poniendo en riesgo el resultado final de este esfuerzo, recargando los establecimientos que cumplen la función de hospitales base.

A esto se agrega, la mala calidad de los registros lo que impide una adecuada gestión del proceso de atención, así como también, la gestión global del establecimiento.

### **Recuperación – rehabilitación y seguimiento - manejo de la población en control**

Estos dos aspectos, dependen directamente de la capacidad de las redes de urgencia de responder en forma adecuada en calidad y oportunidad, para evitar eventuales secuelas propias de las patologías que dan origen a las consultas o forman parte del cuadro de base del paciente, generando un alto costo asociado a la rehabilitación junto con el impacto social en caso de que el proceso de recuperación no sea el adecuado.

La existencia de un manejo apropiado de la población en control en el nivel primario y secundario de atención, evitaría una parte importante de las consultas en los establecimientos de las redes de urgencia, en especial, aquellas de mayor complejidad o que se expresan asociadas a patologías crónicas de base. En este punto, también resulta indispensable contar con sistemas de información que permita tener acceso a los antecedentes clínicos de los pacientes, optimizando la gestión de los recursos que se deben destinar al tratamiento y/o compensación de estos pacientes.

### **Valor para el paciente**

La consecuencia final de la serie de procesos y subprocesos asociados a la atención de salud debiera generar valor para el paciente. Sin embargo, este valor se produce a partir de un importante desequilibrio al emplear servicios y prestaciones de alta complejidad para resolver problemas de poca gravedad en prácticamente la mitad de los casos que consultan en los distintos componentes de las redes de urgencia.

### **Margen del proveedor**

En el caso de los establecimientos públicos, este margen está orientado a mantener un equilibrio financiero que asegure un correcto funcionamiento, asegurando un adecuado manejo de los recursos durante la entrega de los servicios comprometidos con oportunidad y atención. Dado el escenario actual, en particular en los establecimientos hospitalarios, este margen del proveedor se traduce en deudas de gran magnitud que en las condiciones actuales de financiamiento presupuestario, resultan prácticamente inmanejables.

## **Anexo 2: Entrevistas realizadas en los establecimientos de los Servicios de Salud de la muestra**

### **Anexo 2.1.: Entrevistas realizadas en el SdS Metropolitano Sur**

**Área Administrativa/Financiera**  
**Entrevista al Subdirector administrativo Servicio de Salud Metropolitano Sur**  
**Alfredo Román**

**Área Administrativa/Financiera**

**Pauta Análisis de Procesos y Subprocesos Atención de Urgencia**

#### **Datos Entrevistado**

Nombre: Alfredo Román

Profesión: Ingeniero comercial

Años de Profesión: 25 años de profesión

Cargo: Subdirector administrativo Servicio de Salud Metropolitano Sur

Años en el cargo: 15 años en el cargo en diferentes períodos.

#### **Levantamiento Procesos Presupuestarios**

1. ¿Existe un proceso de elaboración de Presupuesto para cada elemento, componente y estrategia (en adelante ECE)?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir y mapear el proceso del presupuesto.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Sí, existe una resolución que establece el procedimiento de elaboración de presupuesto.

2. ¿Existe un sistema de control presupuestario para CADA ECE?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de control presupuestario.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- No, no existe tal sistema debido a que los gastos en dicha materia no son relevantes para el servicio.

3. ¿Existe periódicamente algún reporte del total de gastos realizado por CADA ECE?, señalar Si o No, y ¿cuál?

En el caso de **Si**, favor de describir el(s) reporte(s) del total de gastos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- No, por el mismo motivo señalado anteriormente, es decir, no se trata de un gasto relevante en la estructura agregada del servicio de salud.

4. ¿Dispone de sistemas de información y /o estadísticos sobre los cuales se puede llegar a determinar los costos de los productos y/o servicios de cada ECE?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de información y /o estadísticos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- No.

### Pauta Mecanismos de Pago Hospitales

1. ¿Existe relación entre mecanismos de pago y costo de las atenciones?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la relación.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Existe una relación entre PPV y costos, no así entre PPI y costos.

2. ¿Existen incentivos generados por los mecanismos de pago?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir incentivos y los mecanismos de pago.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Las atenciones de urgencia se pagan por PPV, por lo que habría un incentivo a la producción (uso del box)

3. ¿Existen flujos financieros?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el o los flujos financieros.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Los dineros son aprobados mediante decretos presupuestarios firmados por FONASA/MINSAL y llegan de Hacienda al Servicio para luego ser distribuidos a los establecimientos.

4. ¿Existen mecanismos de control?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el o los mecanismos de control.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Existe control y se realiza un a través de las órdenes de compra de los establecimientos. Existe una persona del Servicio encargada de la supervisión de las órdenes de compra que reporta al SDA.

5. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por PPI y PPV?

- No aplica

6. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por concepto de atenciones de urgencia (PPV)?

- No aplica

7. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento forman parte de alguna canasta GES?

- No aplica

8. ¿Existe un registro independiente para estas atenciones?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de indicar tales registros.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- No aplica

9. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento no forman parte del Programa de Prestaciones Valoradas?

- No aplica

10. ¿Considera UD. que el valor de las canastas PPV cubre adecuadamente los costos para entregar las prestaciones respectivas (especialmente referido a urgencia)?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- En general sí, salvo algunas excepciones de prestaciones no incorporadas en las canastas.

11. ¿Se han realizado estudios al respecto?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- No aplica

12. ¿A cuánto asciende la recaudación por copagos (en el establecimiento y en particular en el servicio de urgencia)?

- No aplica

13. ¿Cuáles son los criterios utilizados en la repartición de las transferencias PPI y PPV a los distintos establecimientos de su red?

- Existe cierto grado de discrecionalidad en las transferencias PPI. En las PPV no es posible porque se paga la producción del hospital

14. ¿Qué incentivos se generan en los establecimientos producto de los distintos mecanismos de pago utilizados por el FONASA en la atención de urgencia?

- Desde el punto de vista del Servicio de Salud, los incentivos se diluyen, porque lo que importa es el monto total que llega para financiar el gasto del hospital. No es relevante si llega por PPI o PPV

15. ¿El Servicio de Salud cuenta con convenios por ECE SAPU y/o SUR con las municipalidades?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir/identificar el o los convenios.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Sí, todas las transferencias a las municipalidades están respaldadas por convenios

16. ¿Qué porcentaje de los recursos transferidos por FONASA para el Programa de Atención Primaria se distribuyen a la APS municipal?
- Se transfieren todos los recursos establecidos en los convenios respectivos.
17. ¿En qué funciones y/o establecimientos del Servicio de Salud se utilizan los recursos APS no transferidos a las municipalidades?
- El Servicio de Salud no tiene establecimientos ni funciones de APS
18. ¿Qué mecanismos de control y seguimiento de los flujos de fondos existen en el Servicio de Salud?
- Los municipios deben reportar al servicio el cumplimiento de compromisos.
19. ¿Existe relación entre mecanismos de pago y costo de las atenciones?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir la relación.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- Sólo en lo que se refiere al PPV.

#### **Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de las relaciones entre la "Red de Urgencia" y el sector privado**

Para los pacientes que consultan en la unidad de emergencia hospitalaria y posterior hospitalización

1. ¿Cuál es el Número de pacientes pertenecientes a Isapres que consultan en el Servicio de Urgencia en un año?
  - Es un número muy pequeño, por lo que podríamos decir que la cantidad es marginal.
2. ¿Existe un procedimiento de cobro a pacientes asegurados de Isapres?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - Existen criterios generales para los establecimientos, pero cada uno de ellos tiene además criterios particulares.
3. ¿Qué se cobra a los pacientes de ISAPRE?: es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?
  - No aplica
4. Monto en pesos de las ventas mensuales del servicio de urgencia a estos pacientes(Isapre).
  - No aplica
5. ¿Existe un procedimiento de cobro del SOAP?, ¿El procedimiento considera cómo se cobra?, ¿qué se cobra?, es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?

Los establecimientos del servicio tienen un procedimiento común, respetando las particularidades de cada uno de ellos.

- Los recursos obtenidos a través de la recuperación de costos son ingresos propios del hospital y no pasan por el Servicio
6. Número de atenciones a asegurados del SOAP en Urgencias.
    - Se trata de un asunto de responsabilidad del hospital.
  7. En caso de hospitalización, el número de días de hospitalización de los asegurados del SOAP.
    - Se trata de un asunto de responsabilidad del hospital.
  8. Número de pacientes que son hospitalizados
    - No aplica
  9. Motivo de Ingreso: ¿Ley de Urgencia?
    - No aplica
  10. Monto en pesos de las ventas mensuales del hospital a los pacientes de la ley de urgencia.
    - Se trata de un monto marginal.
  11. Establecimientos privados con los cuales existe Convenio para compra de camas.
    - Existe convenio con la Clínica Ensenada para compra camas UCI/UTI
  12. ¿Existe Protocolo de Derivación desde los establecimientos públicos de su dependencia hacia los prestadores privados?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de identificar el protocolo.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
    - Sí, se sigue la norma de la UGCC.
  13. Establecimientos privados a los cuales derivan.  
No existe una preferencia preestablecida sino que las derivaciones se hacen de acuerdo a la disponibilidad de camas de cada establecimiento. En general la derivación es determinada por la UGCC.
  14. Tipo de camas más compradas.
    - Camas críticas
  15. Dentro de la red de urgencia: Monto en pesos de las compras mensuales del Servicio de Salud a prestadores privados por concepto de: camas por tipo, exámenes imagenología, pabellones quirúrgicos.
    - No aplica
  16. Tiempos promedios de pago al prestador privado.
    - No aplica, porque depende de cada establecimiento.

17. Fuente de financiamiento de estas compras directas.

- Es necesario distinguir: si se compra a través de la UGCC la fuente de financiamiento/pago es FONASA. Si no se compra de esta manera, se financia con los recursos del Servicio (PPI).

18. ¿Se realiza algún tipo de Auditoría y/o Control de Calidad por parte del Servicio de Salud respecto de la atención de sus pacientes derivados al privado?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el proceso de Auditoría y/o Control de Calidad.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- En el caso de la UGCC se realiza un seguimiento para gestionar el retorno de los pacientes al establecimiento que correspondería

19. Tiempos promedios de cobro.

- Se trata de un asunto de responsabilidad del hospital.

20. Número de atenciones a asegurados del SOAP en Urgencias.

- Se trata de un asunto de responsabilidad del hospital.

21. En caso de hospitalización, el número de días de hospitalización de los asegurados del SOAP.

- Se trata de un asunto de responsabilidad del hospital.

Compra a establecimientos privados

22. Número de pacientes derivados directamente desde el hospital y/o Unidad de Emergencia a Establecimientos privados.

- No aplica

23. ¿Existe Convenio?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir/identificar el convenios.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- No aplica, son los hospitales los que realizan convenios con privados.

24. ¿Existe procedimiento para la derivación de estos pacientes?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Hay criterios generales de derivación, pero además cada establecimiento aplica sus propias normas.

25. Monto en pesos de las compras mensuales del hospital a prestadores privados dentro del marco de derivación desde la unidad de emergencia; por concepto de: camas por tipo, exámenes imagenología, pabellones.

- No aplica

26. Tiempos promedios de pago al prestador privado.

- No aplica, depende de cada establecimiento.

**Área Operacional (Clínico – Asistencial)**  
**Entrevista al Médico Jefe del Centro Regulador (CR) del SAMU de la Región Metropolitana Dr. Leoncio Tay**

**Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de la estructura organizacional de la Red de Urgencias, la distribución de funciones y responsabilidades**

**Consultor responsable Entrevista:** Rodrigo Martínez

**Fecha Entrevista:** 10 julio 2015

### **Elementos/Componentes/Estrategias**

**Nombre:** Leoncio Tay

**Profesión:** Médico Anestesiólogo

**Años de Profesión:** 42 años

**Cargo:** Médico Jefe del Centro Regulador (CR) del SAMU de la RM

**Años en el cargo:** 20

**Años en el área de Urgencia:** 40

**Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:** SAMU RM

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Operativo

### **Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?

- Estoy a cargo de dirigir al grupo de médicos que procesa la demanda de atención prehospitalaria, que recibe el SAMU RM. El CR es un sistema precario ya que trabajamos con un 25% del ideal recursos humanos, para procesar más de un millón de llamadas al año.
- Contamos con 2 médicos reguladores (MR) y con entre 5 a 7 Operadores – Despachadores. Estamos lejos de los estándares internacionales y si consideramos lo establecido por Ley de Brasil, deberíamos contar con más de 23 operadoras y 8 MR de turno para una población asignada superior a los siete millones de habitantes.
- En relación a capacidad de respuesta a las demandas, sólo contamos con el 25% del número esperado de ambulancias por población. Esto exige que se realice una cuidadosa regulación médica de tal manera de priorizar el envío de ambulancia a los casos más graves y que no puedan esperar.
- La falta de recursos para responder a la demanda se ve agravada por el importante retardo de recepción en las Unidades de Emergencia (UE) que en algunos casos puede superar las 12 horas, tiempo en el que el paciente permanece hospitalizado en la camilla inmovilizando de esta manera una ambulancia. Cada establecimiento responde en forma individual y si está sobrepasado, las ambulancias básicas y las avanzadas quedan en espera, a veces, hasta el alta del paciente.

- No es excepcional que los pacientes transportados por el SAMU no sean recepcionados aunque existan camillas de atención, lo que genera la sensación de que existen intentos de bloqueo del SAMU para evitar que llevemos más pacientes.
- En lo que respecta a lo que se califica como "Red de Urgencia", mi percepción es que no existe en la práctica un verdadero trabajo en red en lo que se relaciona a la primera atención, que permita de una manera fluida compartir recursos y desviar flujos de pacientes cuando una UE está colapsada. Creo que ello se debe a que no existe una organización de red ni tampoco algunas reglas mínimas que permitan este trabajo colaborativo en red.
- Debo agregar que incluso las redes internas de un mismo Servicio de Salud tienen dificultades operativas, dificultades que son mayores en la Red Metropolitana que involucra seis Servicios de Salud. En mi opinión todo esto es el resultado de una ausencia de organización y de un dimensionamiento insuficiente de la capacidad de atención de los establecimientos hospitalarios consagrados a las urgencias en la Región.
- Una iniciativa que va en la correcta dirección en cuanto al trabajo en red, lo constituye la UGCC que depende de la Subsecretaría de Redes (DIGERA), donde se pondría a disposición de la red camas críticas para ser ocupadas por el conjunto de los establecimientos de la red. Desconozco si efectivamente cada establecimiento pone a disposición del sistema las camas disponibles.
- En cuanto a organización de redes de urgencia, podemos citar en caso de Francia donde existe en forma permanente una alta autoridad que debe resolver los problemas existentes al interior de la red. También se establecen acuerdos de tal manera que existan servicios de turno para responder a toda la región, evitando de esta manera la duplicidad de uso de recursos cuando ello no es necesario.
- Últimamente hemos constatado que algunos hospitales que reciben pacientes graves domiciliados en territorios de otros SSM, derivan a los pacientes al hospital correspondiente a su domicilio en condiciones inadecuadas con riesgo vital inminente para el paciente. Sin embargo los textos legales establecen que las urgencias deben ser atendidas en el sector donde se producen lo que, en una región donde hay un alto nivel de desplazamiento, haría impracticable desplazar los pacientes a los establecimientos de su sector.
- Otra situación importante que afecta a la red lo constituyen aspectos epidemiológicos que nos muestran que las patologías médicas son cada vez más frecuentes y complejas, en particular enfermedades cardiovasculares, metabólicas y respiratorias, que superan los traumatismos. Esto genera una mayor demanda de camas- de por sí insuficientes- en especial, para la atención de urgencia.
- En lo que respecta al SAMU como organización, su dependencia operativa se encuentra en el Departamento de Atención Prehospitalaria del SSM Central bajo la autoridad de un Director y cuenta con dos áreas operativas, a saber:

- a. Área de Regulación Médica, que asume la gestión de la demanda y el control y apoyo médico de los vectores de intervención
  - b. Área de Intervención que opera los recursos de respuesta a la atención prehospitalaria /ambulancias, bases y su personal).
- Hay una relación directa con otras instancias de la emergencia como Bomberos y Carabineros, que tienen sus propios números especiales.
- A través del número 131, se enruta prácticamente toda la RM excepto zonas rurales alejadas que entregan una respuesta local y que el SAMU apoya con recursos terrestres y/o aéreos cuando se trata de casos graves, en particular aquellos tiempo dependiente. El 96% de los teléfonos están enrutados hacia el CR SAMU RM, incluyendo los teléfonos móviles.
- Suele ocurrir que ingresan llamadas de otras regiones las que son reguladas. Si se trata de casos graves se advierte al CR de la región y se le entregan los datos capturados. Si son simples urgencias, se le indica al solicitante llamar nuevamente a su sector.
- Respecto al proceso operativo del CR existe una primera línea de operadoras que responde al 131 conformada por personal administrativo formado localmente cuyo su rol es recibir la llamada, tomar datos básicos, lograr la localización del evento, hacer un primer triage a través de un cuestionario pre establecido en la aplicación informática (ICARO), con preguntas claves para detectar situaciones con compromiso vital que pone en riesgo la vida del paciente, como capacidad de respuesta, dificultad respiratoria o accidentes de alto impacto.
- En caso de que el triage sea positivo se escala al médico regulador para su regulación médica. Alrededor del 70% de las urgencias requieren ambulancias básicas y el resto que ambulancias de alta complejidad. Cuando el compromiso vital es evidente se informa directamente al médico regulador para un despacho rápido del móvil correspondiente.
- También contamos con la posibilidad de una respuesta heliportada operada por la Prefectura Aérea de Carabineros, que interviene con personal SAMU. Funciona muy bien, con helicópteros acondicionados como ambulancia.
- En el helicóptero va un Práctico de Primeros Auxilios que conoce muy bien el equipamiento del helicóptero y colabora con el personal SAMU. Como el HUAP cuenta helipuerto, este tipo de rescates resulta muy efectivo, en particular en caso de accidentes en zonas alejadas.
- Existe un convenio entre la Prefectura Aérea de Carabineros y el SSMC, quien paga los traslados realizados por esta vía. El cobro es poco oneroso, sólo se paga los costos operacionales (combustible).

- Respecto a la Gestión de call center, el nivel de servicio debiera ser de 95% en 15 a 20 segundos pero es muy difícil de alcanzar porque no hay suficiente personal y existen restricciones administrativas que impiden optimizar la gestión de los recursos humanos. El estatuto administrativo no es el ideal para la forma de trabajo de un call center. Esta situación debería remediararse gracias al D.S. 17 del Programa de Gobierno que asigna al CR un número de cargos de operadoras que permitirá duplicar la capacidad de respuesta al 131 y alcanzar niveles de servicios adecuados.
- Las ambulancias se encuentran distribuidas en 24 bases a lo largo y ancho de toda la RM, incluidas Melipilla, Curacavi y Colina. Es muy complejo definir la ubicación de las bases, ya que hay considerar circunstancias como la oportunidad, las vías de acceso y las zonas que concentran la mayor cantidad de población. También es necesario tomar en cuenta aspectos sociales a la hora de tomar la decisión.
- El equipo que acude al domicilio o sitio del suceso, evalúa e informa al centro regulador, el que monitorea la intervención y que entrega directivas para el manejo del paciente o aprueba un plan propuesto por el equipo de intervención. La plataforma tecnológica cuanta con el respaldo de una grabadora multicanal que graba las comunicaciones telefónicas o radiales.
- De 17 móviles avanzados que dispone el SAMU RM, sólo uno es medicalizado, el único que existe en Chile.
- El funcionamiento del SAMU está basado en una norma técnica y no existe una legislación que regule la práctica de la medicina prehospitalaria, en particular, la regulación médica, lo que sería deseable ya que la regulación médica hace diagnósticos y prescribe a distancia como un acto de telemedicina. También sería deseable que exista un respaldo jurídico a los equipos de intervención conformados por profesionales no médicos y que realizan procedimientos médicos complejos. La norma técnica N° 17 del año 2006 está en revisión por la Coordinación Nacional del SAMU, la que además está definiendo los macrocentros regionales para la regulación.
- Los Servicios de Urgencias han sufrido una evolución muy importante ya que hasta la década de los años sesenta su vocación era tratar patología quirúrgica (cirugía digestiva, trauma, entre otras). Hoy día, la actividad más importante, consumidora de gran cantidad de recursos -en particular de hospitalización- la constituyen los síndromes coronarios agudos (SCA) y los accidentes cerebro vasculares.
- En relación al manejo del SCA la RM dispone de 6 unidades de Hemodinámica en turnos lo que permite el acceso de los pacientes a una repermeabilización, pero el número de camas de Cuidados Coronarios es insuficiente.
- El CR suele discrepar con los criterios con que se asignan las camas desde el nivel central, la que se ejecuta con simple criterio de distribución, lo que lleva a veces a largos transportes que los pacientes críticos toleran mal, en particular los pacientes pediátricos. Pensamos debiera ser con criterio de regulación médica.

- El CR gestionó los pacientes que se acogían a la Ley de Urgencia al atenderse en establecimientos privados desde el año 2007 al 2013, gestión que luego fue transferida a la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.**)
- Esporádicamente hay reuniones con algunas de las redes, en especial con el SSM Oriente para el manejo del infarto agudo al miocardio con supradesnivel para poder saltarse la urgencia y llegar directo a hemodinamia. En el SSM Central siempre había considerado al CR en sus reuniones de la Red de Urgencia del Servicio, pero la actual administración no ha considerado que ello sea necesario.
  - Debiera existir un ente que administre toda la Red de Urgencia de la RM que se reúna al menos una vez al mes. En 1998 se realizó un estudio para generar una propuesta para ordenar el sistema, pero no se concretó.
  - En relación a la coordinación operativa con los servicios de urgencia de la RM, existía un sistema radial metropolitano con todos los SAPU y UEH. El sistema quedó obsoleto, porque las radios quedaron fuera de norma por la Subtel. A través de dicho sistema se entregaba información básica del paciente.
  - Lo que sí existe es una coordinación muy importante entre el SAMU y los componentes de la Red de Urgencia Metropolitana es en el transporte secundario de un establecimiento a otro, público a público o público a privado. Se realizan cerca de 20 a 30 traslados diarios de pacientes críticos de alta complejidad.
  - Hay situaciones complejas que se dan con ciertos pacientes. Por ejemplo, existe déficit en neurocirugía infantil para el politraumatizado pediátrico. Solo hay opción en el Hospital Roberto del Río y Hospital Sótero del Río. En el caso de adultos con politraumatismo, hay lugares donde no hay resolución neuroquirúrgica, por lo que no hay una evaluación y tratamiento integral de los pacientes.
- ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?
- Ocasionalmente, según necesidad.
3. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero**)
- Se toman decisiones en el ámbito Clínico – Operacional.
4. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (**Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza**).

- Cada uno toma las decisiones a su manera. Se establecen relaciones a nivel personal que permiten resolver problemas de organización y coordinación.
5. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas? (**Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.**)
- Hay temas que esperamos que el resto respete, se han hecho reuniones con directivos de algunos establecimientos. Tenemos problemas con hospitales específicos y en esos casos, se busca reunirse con ellos para mejorar la coordinación y solucionar los problemas existentes. Tampoco hay una coordinación adecuada desde el nivel central. Por ejemplo, a esta fecha, no hemos recibido ningún instructivo por la campaña de invierno en la red de urgencia.
6. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.  
En el caso de **Sí**, favor de describir la medida.  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- No. Se hace caso a caso con el establecimiento en cuestión.
7. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?  
Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?
- Sí, se cuenta con una aplicación llamada Ícaro para la gestión de flota. Esta aplicación data de la década de los 90 y no cuenta con un buen sistema de explotación de datos.
  - Existe otra plataforma, Business Call Manager (BCM) de reciente instalación pero lamentablemente esta nueva plataforma no está dando informes tan detallados.
  - Existen datos hasta el Enero del año 2012, porque el BCM quedó fuera de servicio en Enero de 2013, por lo que hay información disponible. En 1 año entran al sistema cerca de un millón de llamadas.
  - Contamos con servicio de geo referenciamiento satelital (GPS) otorgado por una empresa externa que entrega además servicios de transmisión de datos y mensajes, el cual es clave para el funcionamiento de nuestra red ya que permite tener información exacta sobre la ubicación de los móviles y la cronología del procesos (cronas).
  - Existe además, una grabadora de respaldo para todo lo que se registra en forma telefónica y radios de carabineros, autopistas.
  - Los sistemas de información existentes permiten la generación de indicadores, pero no siempre entregan los que uno esperaría.
8. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.  
En el caso de **Sí**, favor de describir la instancia.  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- No. Se hizo una vez estudio de satisfacción, pero debiera ser realizado por un tercero no nosotros mismos. En general el nivel de reclamos no es importante.
9. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?
- Es un tremendo tema, no hay una adecuada preparación. Debiera existir un Plan Rojo como en Francia para organizarse en caso de grandes accidentes con un alto numero de víctimas que requiera de un plan muy organizado, regule la atención directa y los recursos de los hospitales disponibles (Plan Blanco).
  - En Plan Blanco por su parte, corresponde al plan específico de cada establecimiento de salud para adaptarse a la llegada de gran número de víctimas. En Chile eso no está organizado.
  - El único plan de emergencia que está bien organizado es el del aeropuerto de Santiago y tiene más de 10 años de existencia.
  - Los accidentes aéreos tienen 3 fases:
    - i. F1: Local que puede ser manejado con recursos propios.
    - ii. F2: Existe alta probabilidad de ocurrencia de un accidente.
    - iii. F3: Accidente inevitable.
  - En Chile, en algún momento, debería producirse un evento de tipo catastrófico localizado y constataremos que no existe la organización adecuada para una apropiada respuesta. Un ejemplo claro de esto es terremoto del febrero del 2010, donde el horario fue un factor que evitó una catástrofe de este tipo. Si hubiese ocurrido a las 14 horas, nos habríamos confrontado con una situación muy difícil de manejar, considerando que las urgencias trabajan en forma permanente sobrepasadas en sus recursos lo que las limita para acoger múltiples víctimas.

**Área Operacional (Clínico – Asistencial)**  
**Entrevista al Subdirector Médico del Hospital San Luis de Buin Dr. Erick Folch**

**Instrumento de Área Operacional (Clínico – Asistencial)**

Consultor responsable Entrevista: Soledad Martínez

Entrevista

Hora de inicio:

Hora de término:

Entrevistado

Nombre: Erick Folch

Profesión: cirujano general

Años de Profesión: 35

Cargo: Subdirector médico

Años en el cargo: 3 años

Años en el área de Urgencia: 30

2 Años Jefe de Urgencia.

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

**Preguntas**

10. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?

- Coordinar los traslados de los pacientes
- Controlar el funcionamiento de urgencia.

11. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.**)

- Reuniones de coordinación una vez al mes en el SSMS, al que asisten la enfermera jefe y el jefe de urgencia.

12. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?

- Una vez al mes

13. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero**)

- se toman decisiones respecto de los protocolos de traslado y de manejo de pacientes
- No se toman decisiones financieras.

14. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (**Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza**).

- Se llega a las decisiones a través de consensos alcanzados en las reuniones de coordinación.
15. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas? (**Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.**)
- A través de resoluciones del Director del Servicio.
16. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.  
En el caso de **Sí**, favor de describir la medida.
- Sí, existen reuniones con todos los jefes de APS y Jefes de Urgencia de otros hospitales.
- En el caso de **No**, favor de fundamentar.
17. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?  
Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?
- Cuentan con SIDRA hace dos años, sin embargo no se utiliza la información para generar indicadores. Actualmente se encuentran en capacitación para poder crearlos.
18. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.  
En el caso de **Sí**, favor de describir la instancia.  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- Sí, se vierten opiniones y discuten temas de urgencia en los Consejos de Desarrollo Local.
19. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?
- Coordina estas situaciones el SAMU junto con el SSMS
  - Existe un comité de desastres
  - El hospital tiene un plan de emergencia
  - Hay comunicación por radio con bomberos y carabineros
  - Las derivaciones se coordinan con la red por vía telefónica.

## Instrumento de Indicadores

Entrevistado

Profesión:

Años de Profesión:

Cargo:

Años en el cargo:

Años en el área de Urgencia:

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

### **Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

1. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.
  - Pertinencia (triage)
  - No atendidos

### **Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?  
Relativamente precisos.
2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.
  - Los resultados se obtienen día a día.
3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión de su unidad?  
Importante por ejemplo para contratar recursos humanos
4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?
  - La enfermera supervisora de urgencia recoge los datos.
5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?
  - El registro es bastante completo.
6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?
  - Se asegura porque los datos se encuentran respaldados computacionalmente. Existen además otros registros como el libro de novedades médicas.

### **Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua (el objetivo es aprovechar la experiencia y conocimiento de los entrevistados para mejorar el conjunto de indicadores)**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.
  - Ha ayudado a mejorar los tiempos de espera, el control de gestión.
  - También se han desvinculado médicos de acuerdo a su rendimiento
2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?
  - Se definieron a nivel de jefatura
3. ¿Quién los definió?
  - La jefatura de urgencia
4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?
  - No existe información
5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.
  - No existe información
6. ¿Cómo mantiene los cambios?
  - No existe información
7. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.
  - No existe información

#### **Sección 4: necesidad de indicadores**

1. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?
  - Ninguno
2. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.). CUALES SON LAS BARRERAS QUE IMPIDEN SU CALCULO HOY.
  - No aplica
3. ¿Qué indicadores de los actuales usted dejaría de calcular?
  - No aplica
4. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
  - No aplica
5. ¿Cuál es su opinión, en cuanto a factibilidad, pertinencia y utilidad, de los siguientes indicadores? (se muestran los indicadores que se originan de este proceso de consultoría).

- Sin información

**Área Administrativa/Financiera**  
**Entrevista a la Subdirectora Administrativa Hospital San Luis de Buin**  
**Luz Inés Torres**

**Pauta Análisis de Procesos y Subprocesos Atención de Urgencia**

**Datos Entrevistado**

Nombre: Luz Inés Torres

Profesión: Matrona

Años de Profesión: 24

Cargo: Subdirectora

Años en el cargo: 1

**Levantamiento Procesos Presupuestarios**

5. ¿Existe un proceso de elaboración de Presupuesto para su Institución?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir y mapear el proceso del presupuesto.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - Sí, el establecimiento tiene definidos centros de costos los cuales presentan una propuesta de presupuesto para el año y la subdirección, a su vez, presenta una contrapropuesta para llegar finalmente al presupuesto definitivo.
  
6. ¿Existe un sistema de control presupuestario para su Institución?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de control presupuestario.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - Sí, el presupuesto se evalúa mensualmente en particular los ítems de recursos humanos (y todas sus partidas) así como los asociados a medicamentos e insumos. Todos éstos se cotejan con los niveles de producción mensual. Para dichos fines, existe un sistema informático desarrollado por el Hospital.
  
7. ¿Existe periódicamente algún reporte del total de gastos realizado por su Institución?, señalar Si o No, y ¿cuál?  
En el caso de **Si**, favor de describir el(los) reporte(s) del total de gastos.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - Sí, existen reportes periódicos de abastecimiento y finanzas.
  
8. ¿Dispone de sistemas de información y /o estadísticos sobre los cuales se puede llegar a determinar los costos de los productos y/o servicios de cada ECE?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de información y /o estadísticos.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - Sí, en particular para la UEH.

## Pauta Mecanismos de Pago Hospitales

1. ¿Existe relación entre mecanismos de pago y costo de las atenciones?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir la relación.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - Sí, existe relación en particular para las PPV ya que tienen un valor que se aproxima a los costos de producción del establecimiento. No obstante, existen diferencias con las PPI.
2. ¿Existen incentivos generados por los mecanismos de pago?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir los incentivos y sus mecanismos.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - Sí, existen incentivos pero con las PPV, con diferencias entre los distintos servicios clínicos, y por las cuotas de producción establecidas respecto de dichas prestaciones.
3. ¿Existen mecanismos de control?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el o los mecanismos de control.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - Sí, existen pero para las PPV y las GES.
4. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por PPI y PPV?
  - PPI: \$4778 millones aprox.
  - PPV: \$1679 millones aprox.
5. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por concepto de atenciones de urgencia (PPV)?
  - Principalmente se generan a través de las cirugías de urgencia pero representan un porcentaje bajo del presupuesto del establecimiento.
6. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento forman parte de alguna canasta GES?
  - Una de las prestaciones de urgencia es el electrocardiograma y tratamiento médico con o sin trombólisis, correspondiente al Problema de Salud Ges de Infarto agudo al miocardio.
  - Otra prestaciones entregadas son los tratamientos médicos en la Urgencia Pediátrica, entregados a los pacientes asmáticos, correspondiente al Problema de Salud GES de Asma en menores de 15 años.
  - Existen atenciones médicas con exámenes radiológicos como la radiografía de tórax antero posterior y lateral entregadas a los usuarios que presentan diagnósticos de Neumonía y de IRA, correspondientes a las canastas de tratamiento de los Problemas de Salud de Neumonía adquirida en la comunidad en adultos mayores de 65 años y en IRA en usuarios menores 5 años.

- Se entrega atención de urgencia Gineco-obstétrica a usuarias embarazadas con Síntoma de Parto Prematuro, correspondiente a la canasta de tratamiento del problema de salud del mismo nombre.
7. ¿Existe un registro independiente para estas atenciones?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de indicar tales registros.  
Documentación de respaldo (Solicitar):
- En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- En el caso del Problema de Salud Ges de Infarto Agudo al Miocardio existe un registro individual vinculado a los electrocardiogramas con telemedicina que entrega información acerca de los infartos confirmados.
  - Existe, además, un registro de las radiografías realizadas por problemas de salud de IRA y Neumonía, a cargo de la Jefatura de Imagenología.
  - En el caso del Problema de Salud de Síntoma de Parto Prematuro y en el caso del Problema de Salud de Asma en usuarios menores de 15 años no se realiza registro independiente
8. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento no forman parte del Programa de Prestaciones Valoradas?
- A excepción de las canastas GES mencionadas anteriormente y las intervenciones catalogadas como de urgencia en Maternidad (PPV de Parto, Aborto simple, Embarazo Ectópico, tratamiento quirúrgico de absceso tubo-ovárico) ninguna de las demás prestaciones entregadas forman parte del Programa de Prestaciones Valoradas.
9. ¿Considera UD. que el valor de las canastas PPV cubre adecuadamente los costos para entregar las prestaciones respectivas (especialmente referido a urgencia)?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- En general el valor de las canastas PPV cubre adecuadamente los costos. No obstante, ello ocurre sólo para aquellas prestaciones incorporadas en las canastas, generándose dificultades cuando los médicos prescriben prestaciones que no se encuentran incorporadas en dichas canastas.
10. ¿Se han realizado estudios al respecto?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- No, no existen estudios realizados en forma específica, el GRD podrá realizar dicho análisis a futuro con la información recopilada de las atenciones de urgencia.
  - Winzig
  - Adicionalmente, se solicitó a cada centro de costo, realizar un costeo directo de sus principales prestaciones

11. ¿A cuánto asciende la recaudación por copagos (en el establecimiento y en particular en el servicio de urgencia)?

- En urgencia entre \$170.000 y \$200.000 por día.
- En consultorio adosado de especialidades entre \$100.000 y \$120.000 diarios.
- La recaudación por copagos es la suma de ambas cifras.

### **Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de las relaciones entre la "Red de Urgencia" y el sector privado**

Para los pacientes que consultan en la unidad de emergencia hospitalaria y posterior hospitalización

1. ¿Cuál es el Número de pacientes pertenecientes a Isapres que consultan en el Servicio de Urgencia en un año?

- Aproximadamente, durante el año 2014, fueron 1.600 usuarios atendidos los que registraron información previsional como ISAPRE.

2. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes

- Los registros realizados no tienen un diagnóstico CIE 10 asociado, hasta el año 2015, sin embargo, los motivos más frecuentes son IRA Alta, accidente común, accidente de tránsito y constatación de lesiones.

3. ¿Existe un procedimiento de cobro a pacientes asegurados de Isapres?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- NO, generalmente se registran como usuarios de Isapre, sin embargo el Hospital no tiene convenio de bonos con ninguna ISAPRE actualmente, por lo cual a los pacientes se les realiza un cobro como usuario particular y ellos deben solicitar devolución del pago de la atención en forma directa en su Isapre.

4. ¿Qué se cobra a los pacientes de ISAPRE?: es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?

- Se realiza el cobro de la consulta médica de urgencia, de los exámenes y de los procedimientos complementarios que se realicen, producto de la indicación médica, así como cualquier intervención quirúrgica (se le suman los honorarios médicos y derechos de pabellón). Los fármacos entregados en la atención son parte de la consulta de urgencia.

5. ¿Luego de ser estabilizados, la Isapre solicita el traslado a un prestador distinto? señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- En general los retiran una vez estabilizados.

6. Monto en pesos de las ventas mensuales del servicio de urgencia a estos pacientes (Isapre).

- No existe una separación de estas ventas, en relación a los demás no beneficiarios que se atienden en Urgencia
7. ¿Existe un procedimiento de cobro del SOAP?, ¿El procedimiento considera cómo se cobra?, ¿qué se cobra?, es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?
- Hay muy pocos pacientes SOAP y para dichos pacientes existe un procedimiento de cobro.
8. Tiempos promedios de pago por parte del asegurador.
- Las ISAPRES y los SOAP se demoran en promedio 45 días en pagar.
9. Número de atenciones a asegurados del SOAP en Urgencias.
- Son marginales en el contexto de las prestaciones entregadas por el establecimiento.
10. Diagnósticos de los pacientes asegurados del SOAP en Urgencias.
- Información no disponible.
11. En caso de hospitalización, el número de días de hospitalización de los asegurados del SOAP.
- Información no disponible.
12. Número de pacientes que son hospitalizados
- Información no disponible.
13. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes
- Sí, en general los diagnósticos corresponden a neumonías, descompensación de pacientes crónicos y patologías del aparato digestivo. En promedio se atienden en total 250 pacientes en urgencia, de los cuales gran parte son de FONASA. Un 6% del total son hospitalizados, un 2% son niños y el resto son adultos mayores.
14. Motivo de Ingreso: ¿Ley de Urgencia?
- El ingreso por este motivo es marginal en este establecimiento.
15. Promedio de días de estada para los pacientes de ley de urgencia.
- Alrededor de 3 días.
16. Monto en pesos de las ventas mensuales del hospital a los pacientes de la ley de urgencia.
- Información no disponible.
17. Tiempo promedios de cobros a los seguros.
- Alrededor de 30 días. Existe una persona responsable de realizar estos cobros.

### **Compra a establecimientos privados**

18. Número de pacientes derivados directamente desde el hospital y/o Unidad de Emergencia a Establecimientos privados.

- Durante los primeros seis meses del año el número de pacientes derivados han sido 10 por un total de \$100 millones aprox.

19. Establecimientos privados a los cuales derivan.

- En estos primeros seis meses se han derivado a la Clínica Las Condes, Clínica Indisa y el Hospital Clínico de la P. Universidad Católica.

20. Tipo de camas más compradas.

- Las camas más compradas son las camas críticas.

21. ¿Existe Convenio?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir/identificar el convenios.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- No existen convenios con clínicas privadas pero se trabajan con los convenios establecidos por el Ministerio de Salud y FONASA para dichos fines.

22. ¿Existe procedimiento para la derivación de estos pacientes?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Sí, el procedimiento utilizado es el establecido por la UGCC.

23. Monto en pesos de las compras mensuales del hospital a prestadores privados dentro del marco de derivación desde la unidad de emergencia; por concepto de: camas por tipo, exámenes imagenología, pabellones.

- Aproximadamente \$100 millones entre enero y junio.

24. Tiempos promedios de pago al prestador privado.

- Existe un procedimiento en el cual un equipo de la Dirección del Establecimiento (Comisión de Revisión de Facturas de Establecimientos Privados) revisa cada una de las facturas de los prestadores privados y en general pagan en 30 días aproximadamente.

25. ¿Se realiza algún tipo de Auditoría y/o Control de Calidad por parte del hospital respecto de la atención de sus pacientes derivados al privado?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el proceso de Auditoría y/o Control de Calidad.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Sí, la realiza la Comisión de Revisión de Facturas de Establecimientos Privados.

**Área Operacional (Clínico – Asistencial)**  
**Entrevista al Jefe de Urgencia del Hospital San Luis de Buin Dr. Omar Jara**  
**Instrumento de Área Operacional (Clínico – Asistencial)**

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista

Hora de inicio:

Hora de término:

Entrevistado

Nombre: Omar Jara

Profesión: Especialista Pediatría

Años de Profesión: 40

Cargo: Jefe Servicio de Urgencia (y Jefe Pediatría)

Años en el cargo: medio año

Años en el área de Urgencia: 40

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo: Hosp. San Luis de Buin

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

### Preguntas

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?
  - Es responsable de todas las coordinaciones Enfermería y Secretaría
2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.**)
  - Realización de reuniones cada 2 meses con el nivel central y APS
  - Hay comunicación todas las semanas por teléfono y correo electrónico con otros nodos de la red.
  - Los Jefes de turno de los distintos nodos de la red se coordinan entre sí por teléfono.
3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?
  - Cada 2 meses
4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero**)

Se toma decisiones de referencia y contra referencia, por ejemplo, se determinó que los pacientes que están en el programa postrados de la APS no deben ser derivados a la urgencia para cambiar una sonda, las enfermeras del programa de postrados los visitan para realizar este procedimiento.

- Se toman decisiones respecto de procesos clínicos.
5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales?  
**(Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza).**
- Las decisiones son de carácter grupal entre los asistentes a las reuniones mencionadas con anterioridad.
6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas?  
**(Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.)**
- Se informa a la Enfermera del servicio de urgencia.
  - Se realizan reuniones con todos los turnos (son 6).
  - También se informan a través de correo electrónico y teléfono.
7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.  
En el caso de **Sí**, favor de describir la medida.  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- No existen este tipo de instancias
8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?  
Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?
- Recientemente implementó el sistema de ficha electrónica, el cuál servirá para generar indicadores.
9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.  
En el caso de **Sí**, favor de describir la instancia.  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- Existe un Consejo Consultivo a nivel de Dirección en el cual siempre se exponen quejas por parte de los usuarios respecto de la urgencia.
10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?
- Existen protocolos de funcionamiento y se realizan simulacros
  - Cuando ocurren grandes catástrofes, la Dirección del hospital ordena a todos los médicos del hospital que concurran a trabajar a la urgencia.
  - Observan ciertos problemas de coordinación graves al momento de emergencias:
    - En el Barros Luco o EGC no contestan los celulares de turno.
    - Ahora no tienen radio.
    - A veces no pueden pasar las ambulancias porque hay choques.

## **Instrumento de Indicadores**

Entrevistado: Patricia Enrique

Profesión: Enfermera coordinadora de urgencia

Años de Profesión: 25

Cargo:

Años en el cargo: 9 años

Años en el área de Urgencia: 25

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

### **Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

1. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.
  - Categorización.
  - Cantidad de pacientes categorizados.
  - Tiempo de espera de pacientes hospitalizados
  - Tipo de permanencia de urgencia que se va al servicio.

### **Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?
  - Como es todo electrónico es relativamente preciso.
2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.
  - La información sobre categorización se obtiene diariamente.
  - El número de pacientes en servicio de urgencia se obtiene diariamente.
3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión de su unidad?
  - Tiene utilidad para examinar la necesidad e implementación de cambios.
4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?
  - La enfermera coordinadora y el jefe de urgencia.
5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?
  - Dato no disponible.
6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?
  - Dato no disponible.

**Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua (el objetivo es aprovechar la experiencia y conocimiento de los entrevistados para mejorar el conjunto de indicadores)**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.
  - Por ejemplo vieron algunos que tenían muchas oficinas e implementaron un mini SAUD que atienden los médicos acogidos al artículo 44.
2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?
  - Las enfermeras proponen los cambios junto con el jefe de urgencia y se presenta al Director y Subdirector Médico
3. ¿Quién los definió?
  - La enfermera junto al jefe de urgencia.
4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?
  - Respecto al mini SAUD han presentado grandes mejorías, lo anterior se refleja en que han disminuido los reclamos.
5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.
  - Sólo se ha percibido una disminución en el número de reclamos.
6. ¿Cómo mantiene los cambios?
  - No se han definido cuantitativamente los resultados para lo del mini SAUD
7. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.
  - No lo documentan

**Sección 4: necesidad de indicadores**

1. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?
  - Pertinencia del manejo en relación al diagnóstico y uso de protocolos.
2. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.). CUALES SON LAS BARRERAS QUE IMPIDEN SU CALCULO HOY.
  - Es difícil calcularlo porque se indican muchos exámenes por paciente.
3. ¿Qué indicadores de los actuales usted dejaría de calcular?
  - Ninguno
4. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
  - Todos son útiles
5. ¿Cuál es su opinión, en cuanto a factibilidad, pertinencia y utilidad, de los siguientes indicadores? (se muestran los indicadores que se originan de este proceso de consultoría).
  - Dato no disponible.

**Área Operacional (Clínico – Asistencial)**  
**Entrevista al Jefe de Urgencia del Hospital San Luis de Buin Dr. Omar Jara**

**Instrumento de Área Operacional (Clínico – Asistencial)**

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista

Hora de inicio:

Hora de término:

Entrevistado

Nombre: Omar Jara

Profesión: Especialista Pediatría

Años de Profesión: 40

Cargo: Jefe Servicio de Urgencia (y Jefe Pediatría)

Años en el cargo: medio año

Años en el área de Urgencia: 40

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo: Hosp. San Luis de Buin

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

**Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?
  - Es responsable de todas las coordinaciones Enfermería y Secretaría
2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.**)
  - Realización de reuniones cada 2 meses con el nivel central y APS.
  - Hay comunicación todas las semanas por teléfono y correo electrónico con otros nodos de la red.
  - Los Jefes de turno de los distintos nodos de la red se coordinan entre sí por teléfono.
3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?
  - Cada 2 meses.
4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero**)

Se toma decisiones de referencia y contra referencia, por ejemplo, se determinó que los pacientes que están en el programa postrados de la APS no deben ser derivados a la

urgencia para cambiar una sonda, las enfermeras del programa de postrados los visitan para realizar este procedimiento.

- Se toman decisiones respecto de procesos clínicos.

5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales?  
**(Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza).**

- Las decisiones son de carácter grupal entre los asistentes a las reuniones mencionadas con anterioridad.

6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas?  
**(Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.)**

- Se informa a la Enfermera del servicio de urgencia.
- Se realizan reuniones con todos los turnos (son 6).
- También se informan a través de correo electrónico y teléfono

7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.

En el caso de **Sí**, favor de describir la medida.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- No existen este tipo de instancias

8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?

Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?

- Recientemente implementó el sistema de ficha electrónica, el cuál servirá para generar indicadores.

9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.

En el caso de **Sí**, favor de describir la instancia.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Existe un Consejo Consultivo a nivel de Dirección en el cual siempre se exponen quejas por parte de los usuarios respecto de la urgencia.

10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?

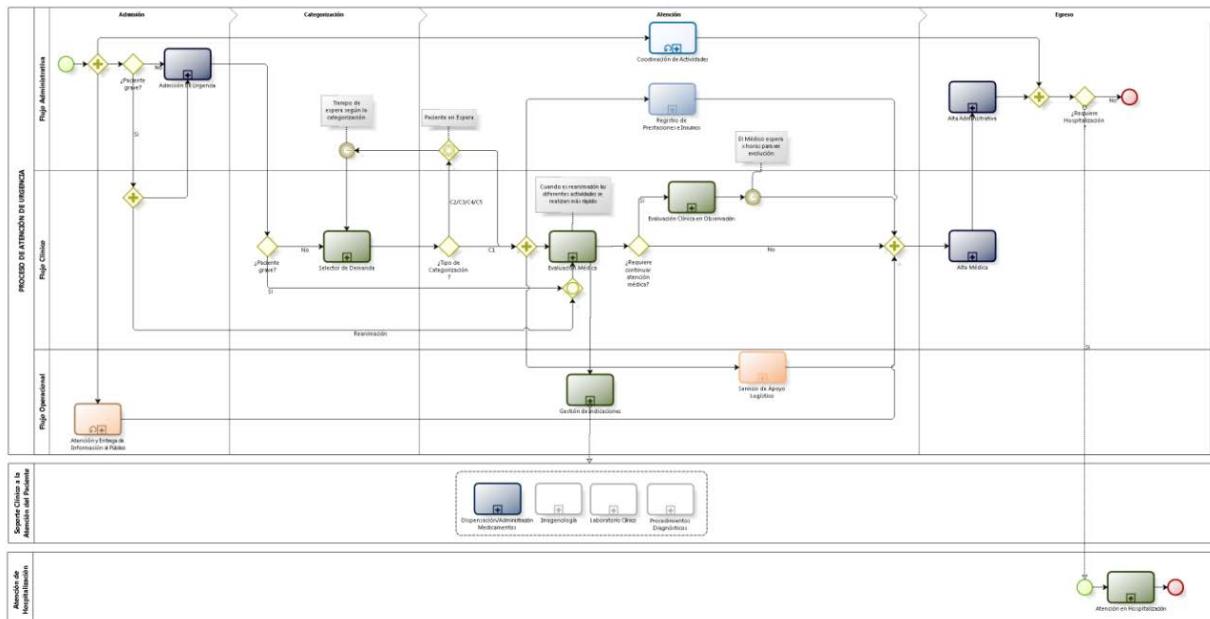
- Existen protocolos de funcionamiento y se realizan simulacros.
- Cuando ocurren grandes catástrofes, la Dirección del hospital ordena a todos los médicos del hospital que concurran a trabajar a la urgencia.
- Observan ciertos problemas de coordinación graves al momento de emergencias:
  - En el Barros Luco o EGC no contestan los celulares de turno.

- Ahora no tienen radio.
- A veces no pueden pasar las ambulancias porque hay choques.

### Observación Proceso General de Atención de Urgencia.

Parámetro					Observaciones
Elemento/Componente/Estrategia evaluado					
¿Dispone de un diagrama o documento similar a este en el servicio?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio de la Red de Urgencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio del establecimiento?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cómo se deciden eventuales modificaciones al proceso?					
¿Cómo se difunden las eventuales modificaciones al proceso?					
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?					
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?					
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?					

Figura 2: Respecto al Proceso Existente



Fuente: Consultoría de Procesos. MINSAL 2012.

**Pauta de cotejo - Observación Coordinación Red de Urgencia**

<b>Parámetro</b>					<b>Observaciones</b>
¿Existe el Rol de Coordinador de la Red?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe la instancia de coordinación de la Red de Urgencia?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Esta instancia o rol está reflejado en el organigrama institucional?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Se realizan reuniones de coordinación?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un calendario de las reuniones de coordinación de la Red de Urgencia?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	Con sapu ahora están comenzando
¿Existe un acta de las reuniones o instancias de coordinación?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Se difunden estas actas? ¿A quién o quiénes?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	A los participantes
¿Todos los elementos o componentes de la red de urgencia están representados en las reuniones de coordinación?	Sí	No X	No responde / No sabe	No corresponde	Falta la APS
¿Participan pacientes o agrupaciones de beneficiarios en las instancias de coordinación?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	Pero solo una vez
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	De la Red
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?	No se ha actualizado				
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?	Hay unidad de calidad				
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?	Turnos por turnos oral y disponible el doc.				
Hay normas de referencia y contra referencia?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	Pero parciales, porque hay de referencia pero no de contrareferencia. Sólo informa la red.
Hay procedimientos y/o instancias de seguimiento y control a las derivaciones?	Sí	No X	No responde / No sabe	No corresponde	La persona que llevo al paciente
Comentarios					

Parámetro					Observaciones

**Entrevista a Jefe de Control de Gestión**  
**Hospital San Luis de Buin Sr. Rodrigo Ruiz**

**Instrumentos de recopilación de información**

**Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de las actividades de seguimiento, monitoreo y evaluación que utiliza cada ECE de la Red**

**Entrevista Semiestructurada**

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista: 7 de julio de 2015

Hora de inicio:

Hora de término:

Nombre: Rodrigo Ruiz

Profesión: Ingeniero Comercial

Años de Profesión: 8

Cargo: Jefe de Control de Gestión

Años en el cargo: 2 y 4 meses aprox.

**Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

2. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.
  - a. Se entregaron y analizaron.

**Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?
  - Podrían ser mejores, en particular si se profesionalizara la sección de estadísticas, no obstante cumplen con todas las condiciones establecidas por el Servicio de Salud respectivo y el Ministerio de Salud.
2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.
  - Es variable pero se cumple con los plazos ministeriales, salvo excepciones.
3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión de su unidad?
  - Son de gran utilidad puesto que gran parte de los compromisos son establecidos y controlados mediante estos datos.

4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?
  - El encargado de control de gestión y la cadena del sistema estadístico.
5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?
  - La gran desventaja es la poca trazabilidad de los datos.
6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?
  - Yendo al origen de la cadena de los datos.

### **Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua<sup>222</sup>**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.
  - Todas las metas del Hospital se han establecido en función de indicadores los que obligadamente deben ser monitoreados y controlados. Esto ha generado mejoras para algunos procesos del establecimiento, en particular respecto del rendimiento médico y la productividad de pabellones.
2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?
  - Un equipo de trabajo conformado por el equipo directivo del Establecimiento definió las mejoras para el rendimiento médico y la productividad de pabellones en función de las brechas entre las metas y los indicadores.
3. ¿Quién los definió?
  - Un equipo de trabajo conformado por equipo directivo del Establecimiento.
4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?
  - No existen resultados a la vista ya que aún los perfeccionamientos se encuentran en etapa de ser implementados.
5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.
  - No hay datos por el motivo señalado con anterioridad.
6. ¿Cómo mantiene los cambios?
  - Este punto se encuentra en análisis.
7. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.
  - A través de planillas Excel y presentaciones en ppt, con seguimientos mensuales.
8. En caso que las brechas negativas entre los indicadores y el estándar definido no haya generado acciones de corrección explique porqué.

---

<sup>222</sup> Este grupo de preguntas son para dilucidar cómo se utiliza la información entregada por los indicadores para mejorar la calidad de los servicios realizados por cada elemento/componente/estrategia.

- Un ejemplo son las listas de espera en las cuales han debido comprar prestaciones.

**Sección 4: necesidad de indicadores (el objetivo es aprovechar la experiencia y conocimiento de los entrevistados para mejorar el conjunto de indicadores)**

6. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?
  - El rendimiento médico en urgencia, materia en el cual existe un estándar nacional.
7. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
  - Para medir la productividad del recurso humano.
8. ¿Qué indicadores de los actuales usted dejaría de calcular?
  - Aquellos que engloban a otros, tales como el 18, 19, 77 y 78.
9. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
  - Porque son redundantes y no aportan más información.
10. ¿Cuál es su opinión, en cuanto a factibilidad, pertinencia y utilidad, de los siguientes indicadores? (se muestran los indicadores que se originan de este proceso de consultoría).

En general le parecen factibles pertinentes y de utilidad los factores presentados.

**Área Administrativa/Financiera APS**  
**Entrevista al Director de Salud Municipal de La Granja Sr. Aldo Parra**

**Pauta Análisis de Procesos y Subprocesos Atención de Urgencia**

**Sección 1: Datos Entrevistado**

Nombre: Profesión:

Años de Profesión:

Cargo:

Años en el cargo: 12 años

**Datos Establecimiento LLENAR POR EL CONSULTOR CON OTRA PERSONA Y NO EL ENTREVISTADO**

**PREGUNTAR A DIRECTOR DE APS**

Identificación del Establecimiento: Descripción

general: Población asignada (2009-2013):

Dependencia Administrativa: Dependencia

interna: Dependencia financiera y

presupuestaria: Centro de referencia del

Establecimiento: Centros de derivación:

**Levantamiento Procesos Presupuestarios**

1. ¿Existe un proceso de elaboración de Presupuesto para su Institución?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir y mapear el proceso del presupuesto.

Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- El presupuesto se establece desde la DSM, pero no existe un proceso formal de participación de los establecimientos de atención primaria de la comuna.

2. ¿Existe un sistema de control presupuestario para su Institución?, señalar Si o No. En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de control presupuestario. Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Existe un control mensual en la materia.

3. ¿Existe periódicamente algún reporte del total de gastos realizado por su Institución?, señalar Si o No, y ¿cuál?

En el caso de **Si**, favor de describir el(s) reporte(s) del total de gastos.

Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Existe un reporte de elaboración interna propia.

4. ¿Dispone de sistemas de información y /o estadísticos sobre los cuales se puede llegar a determinar los costos de los productos y/o servicios de su Institución?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de información y /o estadísticos.

Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Tienen un sistema de información y el registro clínico del paciente.

### **Respecto de los ingresos y aportes a la Red de Urgencias de APS**

1. ¿Existen aportes de la municipalidad para la APS?, señalar Si o No. En el caso de **Si**, favor de describir y cuantificar los aportes. Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - Sí, alrededor del 50% del gasto.
2. ¿Existe financiamiento para los programas SAPU y/o SUR?, señalar Si o No. En el caso de **Si**, favor de describir el financiamiento. Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - Sí, alrededor del 50% del gasto
3. ¿Existen mecanismos de control?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el o los mecanismos de control.  
Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - Se controla el área financiera, clínica, la farmacia, las remuneraciones, los insumos, el gasto externo (aseo, vigilancia), la movilización.

### **Pauta Mecanismos de Pago APS**

1. ¿La municipalidad cuenta con convenios por ECE SAPU y/o SUR con el Servicio de Salud?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir/identificar el o los convenios.  
Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - Sí, existen convenios.
2. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos por estos convenios?
  - Asciende a \$9.674.119 al mes
3. ¿La Municipalidad entrega recursos adicionales a los transferidos por FONASA/Servicio de Salud para la APS?, señalar Si o No. En el caso de **Si**, favor de señalar tales recursos.  
Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - Aporta el 50% restante (documentos exhibidos pero no entregados)
4. ¿Qué incentivos se generan producto de los mecanismos de pago utilizados por FONASA?
  - El mecanismo de pago per cápita no genera los incentivos que pretende producir puesto que éste no financia adecuadamente el gasto de los establecimientos de atención primaria.

5. ¿Qué mecanismos de control y seguimiento de los flujos de fondos existen en este Municipalidad y en sus establecimientos de APS?
  - Tal y como se ha mencionado se controla el área financiera, clínica, la farmacia, las remuneraciones, los insumos, el gasto externo (aseo, vigilancia), la movilización.

### **Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de las relaciones entre la "Red de Urgencia" y el sector privado**

#### **Para los pacientes que consultan en SAPU/SUR**

1. ¿Cuál es el Número de pacientes pertenecientes a Isapres que consultan en el Servicio de Urgencia en un año?
  - Son pocos, marginales. Se atiende a esos pacientes, no se niega la atención.
2. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes
  - Dada la mínima cantidad de pacientes de Isapre que se atienden en este servicio, no se lleva un registro de los mismos, por lo tanto no hay respuestas para las preguntas a continuación.
3. ¿Existe un procedimiento de cobro a pacientes asegurados de Isapres?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - No aplica
4. ¿Qué se cobra?: es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?
  - No aplica
5. ¿Existe procedimiento para el cobro de estos pacientes?, señalar Si o No. En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento. Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - No aplica
6. Monto en pesos de las ventas mensuales del servicio de urgencia a estos pacientes.
  - No aplica
7. ¿Existe un procedimiento de cobro del SOAP?, ¿El procedimiento considera cómo se cobra?, ¿qué se cobra?, es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?
  - No aplica
8. Tiempos promedios de cobro.
  - No aplica

9. Número de atenciones a asegurados del SOAP en APS.

- No aplica

10. Diagnósticos de los pacientes asegurados del SOAP en APS.

- No aplica

En caso de hospitalización, el número de días de hospitalización de los asegurados del SOAP.

- No aplica

### **Compra a establecimientos privados**

1. Número de pacientes derivados directamente desde SAPU/SUR a Establecimientos privados.

- No hay derivaciones.

2. Establecimientos privados a los cuales derivan.

- No aplica

3. Si se compra a Privados ¿qué se compra en relación a una atención de urgencia? ¿Existe Convenio?, señalar Si o No. En el caso de **Si**, favor de describir/identificar el convenios. Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- No aplica

4. ¿Existe procedimiento para la derivación de estos pacientes?, señalar Si o No. En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento. Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- No aplica

5. Monto en pesos de las compras mensuales de la APS a prestadores privados dentro del marco de derivación desde la unidad de emergencia; por concepto de: camas por tipo, exámenes imagenología, pabellones.

- No aplica

6. Tiempos promedios de pago al prestador privado.

- No aplica

7. ¿Se realiza algún tipo de Auditoría y/o Control de Calidad por parte de su Institución respecto de la atención de sus pacientes derivados al privado?, señalar Si o No. En el caso de **Si**, favor de describir el proceso de Auditoría y/o Control de Calidad. Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- No aplica

**Atención Primaria de Urgencia**  
**Entrevista al Coordinador Médico del SAPU Esteban Gumucio de La Granja Sr.**  
**Howard Soler**

**Instrumento de Área Operacional (Clínico - Asistencial)**

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista Hora de  
inicio: Hora de  
término:

Entrevistado

Nombre: Howard Danny Soler A.

Profesión: Médico

Años de Profesión: 9 años

Cargo: Coordinador Médico

Años en el cargo: 1 año

Años en el área de Urgencia: 8 años

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico - Organizacional - Financiero

**Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?

- Atender pacientes de urgencia en horario extendido

2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.**)

- Existen instancias de coordinación y de capacitación, las que consisten en reuniones puntuales.
- El tema central a tratar, por lo general, es la coordinación por derivación de pacientes.

3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?

- No se trata de reuniones periódicas sino más bien puntuales.

4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico - Operacional - Financiero**)

- Se toman decisiones de temas puntuales tratados en las mismas.

5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales?  
**(Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza).**
- Las toma de decisiones está normadas y la relación clínica entre los médicos ocurre de acuerdo a los procedimientos establecidos para estos fines.
6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas?  
**(Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.)**
- Correos electrónicos
7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir la medida. En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- Se transmite por correo electrónico
8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?  
Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?
- Cuentan con ficha electrónica para la urgencia en el SAPU largo, no así para la urgencia de SAPU corto. No obstante lo anterior, cuentan con herramientas informáticas para mejorar la atención, las cuales incluyen archivos electrónicos de respaldo de información.
  - La persona encargada de RRHH tiene experiencia en urgencia hospitalaria y de la APS.
9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No. En el caso de **Si**, favor de describir la instancia. En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- No, solo existen los consejos locales en los centros de salud y no en la urgencia.
10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?
- Existen procedimientos establecidos a nivel de Servicio y DSM para casos de urgencia. En principio cuando hay accidentes no participan por no tener la capacidad tecnológica para enfrentar este tipo de casos, salvo que el SAMU lo requiera o alguna institución similar lo solicite.

## **Instrumento de Indicadores**

### **Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

1. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.

### **Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?
  - Tienen DAU y lo remiten diariamente.
2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.
  - 1 mes
3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión del turno de su unidad?
  - Son de utilidad para efectos financieros y clínico.
4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?
  - El administrador de turno del SAPU genera la información por medios electrónicos y con respaldo en papel.
5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?
  - La desventaja es que los daos no se encuentran en línea. No obstante lo anterior, el tener los datos con rezago nos permite una mejor gestión del recurso humano.
6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?

### **Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua (el objetivo es aprovechar la experiencia y conocimiento de los entrevistados para mejorar el conjunto de indicadores)**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.
  - La información entregada no ha afectado los procesos pero sí la gestión diaria del establecimiento.
2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?
  - No aplica
3. ¿Quién los definió?
  - No aplica

4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?
  - No aplica
5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.
  - No aplica
6. ¿Cómo mantiene los cambios?
  7. No aplica
8. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.
  9. No aplica

#### **Sección 4: necesidad de indicadores**

1. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?
  - El rendimiento médico
2. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).CUALES SON LAS BARRERAS QUE IMPIDEN SU CALCULO HOY.
  - Para su calculo actual no existe restricción alguna, dado que los datos están disponibles y su éste permitiría analizar la productividad médica.
3. ¿Qué indicadores de los actuales usted dejaría de calcular?
  - Ninguno
4. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
5. ¿Cuál es su opinión, en cuanto a factibilidad, pertinencia y utilidad, de los siguientes indicadores? (se muestran los indicadores que se originan de este proceso de consultoría).

**Área Operacional (Clínico - Asistencial)**  
**Entrevista al Coordinador Médico SAPU Padre Esteban Gumucio comuna de La**  
**Granja Sr. Howard Soler**

**Instrumento de Área Operacional (Clínico - Asistencial)**

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista Hora de  
inicio: Hora de  
término:

Entrevistado

Nombre: Howard Danny Soler A. (+56954062622)

Profesión: Médico

Años de Profesión: 9 años

Cargo: Coordinador Médico

Años en el cargo: 1 año

Años en el área de Urgencia: 8 años

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico - Organizacional - Financiero

### **Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?

- Atender pacientes de urgencia en horario extendido
2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.**)
- Existen instancias de coordinación y de capacitación, las que consisten en reuniones puntuales.
  - El tema central a tratar, por lo general, es la coordinación por derivación de pacientes.

3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?

- No se trata de reuniones periódicas sino más bien puntuales.

4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico - Operacional - Financiero**)

- Se toman decisiones de temas puntuales tratados en las mismas.

5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales?  
**(Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza).**
- Las toma de decisiones está normadas y la relación clínica entre los médicos ocurre de acuerdo a los procedimientos establecidos para estos fines.
6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas?  
**(Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.)**
- Correos electrónicos
7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir la medida. En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- Se transmite por correo electrónico
8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?  
Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?
- Cuentan con ficha electrónica para la urgencia en el SAPU largo, no así para la urgencia de SAPU corto. No obstante lo anterior, cuentan con herramientas informáticas para mejorar la atención, las cuales incluyen archivos electrónicos de respaldo de información.
  - La persona encargada de RRHH tiene experiencia en urgencia hospitalaria y de la APS.
9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No. En el caso de **Si**, favor de describir la instancia. En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- No, solo existen los consejos locales en los centros de salud y no en la urgencia.
10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?
- Existen procedimientos establecidos a nivel de Servicio y DSM para casos de urgencia. En principio cuando hay accidentes no participan por no tener la capacidad tecnológica para enfrentar este tipo de casos, salvo que el SAMU lo requiera o alguna institución similar lo solicite.

## **Instrumento de Indicadores**

### **Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

1. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.

### **Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?
  - Tienen DAU y lo remiten diariamente.
2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.
  - 1 mes
3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión del turno de su unidad?
  - Son de utilidad para efectos financieros y clínico.
4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?
  - El administrador de turno del SAPU genera la información por medios electrónicos y con respaldo en papel.
5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?
  - La desventaja es que los daos no se encuentran en línea. No obstante lo anterior, el tener los datos con rezago nos permite una mejor gestión del recurso humano.
6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?

### **Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua (el objetivo es aprovechar la experiencia y conocimiento de los entrevistados para mejorar el conjunto de indicadores)**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.
  - La información entregada no ha afectado los procesos pero sí la gestión diaria del establecimiento.
2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?
  - No aplica
3. ¿Quién los definió?

- No aplica
4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?
    - No aplica
  5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.
    - No aplica
  6. ¿Cómo mantiene los cambios?
    - No aplica
  7. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.
    - No aplica

#### **Sección 4: necesidad de indicadores**

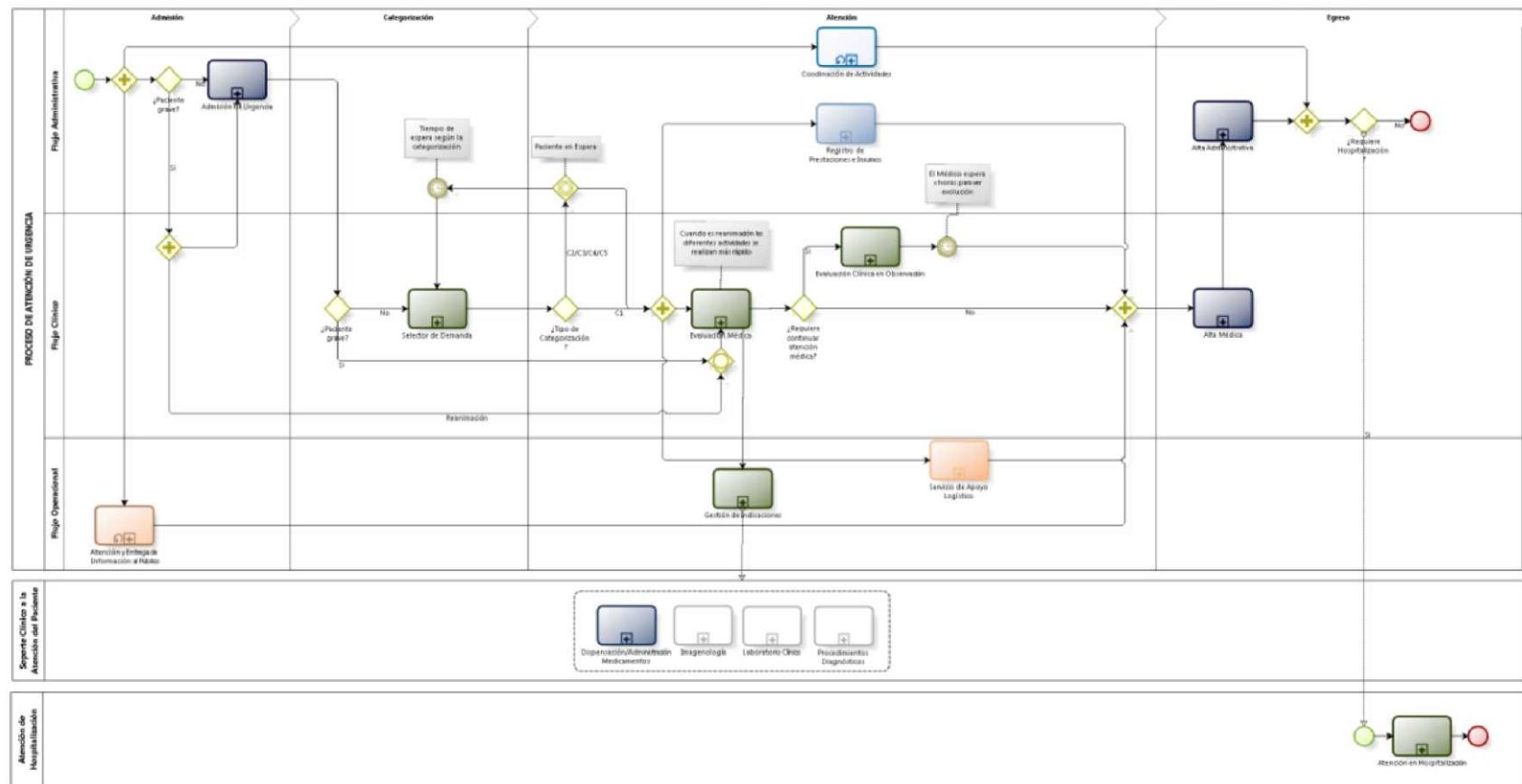
1. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?
  - El rendimiento médico
2. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).CUALES SON LAS BARRERAS QUE IMPIDEN SU CALCULO HOY.
  - Para su calculo actual no existe restricción alguna, dado que los datos están disponibles y su éste permitiría analizar la productividad médica.
3. ¿Qué indicadores de los actuales usted dejaría de calcular?
  - Ninguno
4. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
5. ¿Cuál es su opinión, en cuanto a factibilidad, pertinencia y utilidad, de los siguientes indicadores? (se muestran los indicadores que se originan de este proceso de consultoría).

**Pauta de Cotejo - Observación Proceso General de Atención de Urgencia**

**Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

<b>Parámetro</b>					<b>Observaciones</b>
Elemento/Componente/Estrategia evaluado	<b>SAPU (Consultorio) Padre Esteban Gumucio</b>				
¿Dispone de un diagrama o documento similar a este en el servicio?	<b>Sí</b>	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio de la Red de Urgencia?	<b>Sí</b>	No	No responde / No sabe	No corresponde	Se sacó una fotografía al afiche que informa cuál es la Red a la que pertenece el establecimiento.
¿Existe un proceso propio del establecimiento?	<b>Sí</b>	No	No responde / No sabe	No corresponde	Flujograma sería similar pero con particularidades.
¿Cómo se deciden eventuales modificaciones al proceso?	Modificaciones se avisan vía mail y documentos oficiales (papel), pero solo en caso de ameritar se llevan a la práctica. Por ej. Ébola, se recepcionó la data, se capacitó al personal, pero no tuvieron ningún caso.				
¿Cómo se difunden las eventuales modificaciones al proceso?	Vía mail, documentos formales del Servicio de Salud Sur Oriente y vía capacitaciones en caso de corresponder.				
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	<b>Sí</b>	No	No responde / No sabe	No corresponde	Pc, Digitalizado.
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?	Según el avance mismo de la ciencia (al enterarse de nuevos estudios que las avalen) + Guías AUGE (una vez y en su momento). Como información adicional se nos comenta que pocos consultorios tienen como ellos sus propios protocolos.				
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?	Coordinador Médico				
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?	Coordinador Médico (Además de que se lleven a cabo) y Socialización.				

## Respecto al Proceso Existente



Fuente: Consultoría de Procesos. MINSAL 2012.

**Pauta de Cotejo Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
Admisión de Urgencia	Proceso administrativo, por medio del cual se ingresa al paciente a la atención de urgencia a fin de otorgarle una prestación clínica. A través de este proceso se confirma la identidad del paciente, sus antecedentes previsionales, el plan de salud o convenio para el evento de atención, el área de referencia y el motivo de consulta principalmente.	<b>Si</b>	Dinámica es la misma o muy similar.	
Atención y Entrega de Información al Público	Proceso que entrega información a los familiares y acompañantes sobre el estado de salud y otra información relevante asociada a los pacientes que se atienden en un establecimiento de salud.	<b>Si</b>	Dinámica es la misma o muy similar.	

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
Selector de Demanda	Proceso clínico que consiste en la aplicación de un instrumento confiable como método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles, para determinar la complejidad de la urgencia. Permite mayor objetividad en el proceso de priorización de la oportunidad de atención clínica de los pacientes	<b>Si</b>	Dinámica es la misma o muy similar.	
Coordinación de Actividades	Subproceso en donde se coordina todo lo necesario para que ocurran las actividades durante la atención clínica del paciente.	<b>Si</b>	Dinámica es la misma o muy similar.	
Evaluación Médica	Proceso que consiste en el conjunto de actividades clínicas que se realizan al paciente a cargo de los profesionales de salud (interconsultas, procedimientos, Etc.).	<b>Si</b>	Dinámica es la misma o muy similar.	
Gestión de Indicaciones Médicas	Proceso encargado de la administración y ejecución de las indicaciones	<b>Si</b>	Dinámica es la misma o muy similar.	

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
	dadas por el médico.			
Dispensación y administración de medicamentos.	Proceso encargado de la gestión de administración dispensación de fármacos e insumos a los pacientes que tengan una prescripción médica.	<b>Si</b>	Dinámica es la misma o muy similar.	
Imagenología	De acuerdo a la indicación del médico se realiza un examen de imagen para apoyo al diagnóstico (RX, RMN, Tomografía, etc.).	<b>No (No Corresponde)</b>	El procedimiento se deriva a establecimientos de mayor complejidad.	
Laboratorio clínico	De acuerdo a los exámenes solicitados por el médico se toman las muestras correspondientes y se procede ser analizadas en el Laboratorio Clínico, emitiendo luego el resultado respectivo.	<b>No (No Corresponde)</b>	El procedimiento se deriva a establecimientos de mayor complejidad.	
Procedimientos diagnósticos	Proceso encargado de realizar procedimiento que permitan confirmar diagnósticos como endoscopia, cistoscopia, etc.	<b>Si</b>	Dinámica es la misma o muy similar.	

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
Indicación de observación	Proceso encargado de la atención del paciente que al ser evaluado en primera instancia con el médico este decide dejarlo un periodo de tiempo en reposo en el servicio de urgencia con el objetivo de evaluar exámenes o evolución de acuerdo a las indicaciones dadas.			
Registro de prestaciones e insumos	Proceso por el cual se lleva cabo registro y cobro de las prestaciones e insumos.	<b>Si</b>	Dinámica es la misma o muy similar.	No se cobra, no se tiene caja Chica ni recepción de dinero
Coordinación de actividades	Proceso administrativo que tiene como finalidad preocuparse de que se gestionen los puntos críticos existentes en la atención de Urgencia.	<b>Si</b>	Dinámica es la misma o muy similar.	
Alta administrativa	El Subproceso administrativo, por medio del cual, se genera toda la documentación respectiva para el alta o derivación del paciente. También se realiza el cobro de las prestaciones.	<b>Si</b>	Dinámica es la misma o muy similar.	

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
Alta médica	Proceso por el cual el médico realiza el egreso del paciente esto incluye diagnósticos, resumen de la hospitalización, indicaciones al alta y registros estadísticos obligatorio	<b>Si</b>	Dinámica es la misma o muy similar. Además el Alta es a la casa y el médico decide en caso de derivación si esta es a pie o en ambulancia.	
Atención de hospitalización	Proceso encargado de la atención clínica de los pacientes que de acuerdo a su estado requieran estar hospitalizados.	<b>No Corresponde</b>	Solo existe Observación en SAPU Corto (de 05:00 a 12:00 horas) y estabilización.	

### **Observaciones generales**

La comuna de La Granja tiene hoy un SUC (Servicio de Urgencia Comunal), que busca transformarse en un SAR (Servicio de Alta Resolutividad) el cual tendría como objetivo descongestionar a los hospitales por la vía de dotar a los SUC (parcialmente) de Laboratorios, Rayos y algún grado de especialización (es decir más cantidad y calidad de atención).

**Área Administrativa/Financiera APS**  
**Entrevista a la Directora de Salud Municipal de la comuna Pedro Aguirre**  
**Cerda Dra. Myriam Allende**

**Pauta Análisis de Procesos y Subprocesos Atención de Urgencia**

**Sección 1: Datos Entrevistado**

Nombre: Myriam

Allende

Profesión:

Años de Profesión:

34 años

Cargo:

Años en el cargo: 1 año, otro subrogando, 15 años en el MINSAL

**Levantamiento Procesos Presupuestarios**

1. ¿Existe un proceso de elaboración de Presupuesto para su Institución?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir y mapear el proceso del presupuesto.

Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Sí, se calculan todos los gastos para cada una de las partidas y programas. Para determinar los potenciales ingresos, se hace un cálculo a base de la población inscrita estimada.
- Negocian con la Municipalidad para aportes.
- La determinación es central
- Una de las variables de ajuste es el valor hora de los médicos.
- Se publican tres decretos al año

2. ¿Existe un sistema de control presupuestario para su Institución?, señalar Si o No. En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de control presupuestario. Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- La Municipalidad tiene un sistema de control y la dirección de salud también tiene un sistema basado en planillas Excel.

3. ¿Existe periódicamente algún reporte del total de gastos realizado por su Institución?, señalar Si o No, y ¿cuál?

En el caso de **Si**, favor de describir el(s) reporte(s) del total de gastos.

Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Sí, todos los meses. Estos reportes son generados por la Dirección de Salud y la Municipalidad (Finanzas y control de gestión).

4. ¿Dispone de sistemas de información y /o estadísticos sobre los cuales se puede llegar a determinar los costos de los productos y/o servicios de su Institución?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de información y /o estadísticos

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Sí, se tiene la información para calcular el costo de producción.

### **Respecto de los ingresos y aportes a la Red de Urgencias de APS**

1. ¿Existen aportes de la municipalidad para la APS?, señalar Si o No. En el caso de **Si**, favor de describir y cuantificar los aportes. Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Sí, aproximadamente \$400 millones anuales.

2. ¿Existe financiamiento para los programas SAPU y/o SUR?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el financiamiento. Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Sí, parte de los \$400 son destinados a financiar los SAPUs.

3. ¿Existen mecanismos de control?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el o los mecanismos de control.

Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Sí, existen, se aplican y se toman decisiones en función de los mismos. Por ejemplo, en relación a la reducción de horas extras.

### **Pauta Mecanismos de Pago APS**

1. ¿La municipalidad cuenta con convenios por ECE SAPU y/o SUR con el Servicio de Salud?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir/identificar el o los convenios.

Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Sí, en caso contrario no puede funcionar. Son separados por establecimiento.

2. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos por estos convenios?

- El monto del convenio es \$406 millones para todos los SAPU. El déficit es de \$263 millones, más el 10% de \$670 millones.

3. ¿La Municipalidad entrega recursos adicionales a los transferidos por FONASA/Servicio de Salud para la APS?, señalar Si o No. En el caso de **Si**, favor de señalar tales recursos. Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Sí y consiste en la diferencia de los datos anteriores, es decir \$263 millones, más el 10% de \$670 millones. Adicionalmente, durante el último tiempo ha habido financiamiento para medicamentos aportado por el FORFAR.
4. ¿Qué incentivos se generan producto de los mecanismos de pago utilizados por FONASA?
- Le parece adecuado el mecanismo per cápita, sin embargo este mecanismo de pago no es suficiente para financiar la dotación propuesta, los laboratorios ni tampoco la farmacia establecida por el MINSAL. Tampoco se financia la carrera funcionaria.
  - Sería adecuado un mecanismo de pago que asocie resultados con actividades.
  - Los SAPU tampoco se encuentran financiados.
  - El problema es el valor hora pagado a los médicos.
  - La Dra. Allende sugiere analizar la conveniencia de la existencia de los SAPU cortos, versus la opción de mantener uno sólo que sea largo.
5. ¿Qué mecanismos de control y seguimiento de los flujos de fondos existen en este Municipalidad y en sus establecimientos de APS?
- Existe un seguimiento permanente por parte de la Dirección y de la Municipalidad.

## **Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de las relaciones entre la "Red de Urgencia" y el sector privado**

### **Para los pacientes que consultan en SAPU/SUR**

1. ¿Cuál es el Número de pacientes pertenecientes a Isapres que consultan en el Servicio de Urgencia en un año?
  - Alrededor de un 3%, el resto son particulares.
2. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes
  - Están en las bases de datos del DAU que la Municipalidad entrega al Servicio de Salud y éste a su vez al Ministerio. No pudimos acceder a esta.
3. ¿Existe un procedimiento de cobro a pacientes asegurados de Isapres?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - Hay un procedimiento de cobro a base de un arancel referencial. No obstante, la instrucción general es que en Urgencia se atienda a todo el público. El mismo criterio se aplica para para los pacientes afiliados a CAPREDENA.
  - El porcentaje es marginal y el ingreso generado no compensa los esfuerzos puestos en ello.
4. ¿Qué se cobra?: es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?
  - En general, se cobra la consulta.
6. Monto en pesos de las ventas mensuales del servicio de urgencia a estos pacientes.
  - El monto por ventas mensuales asciende a \$20 mil mensuales aproximadamente.
7. ¿Existe un procedimiento de cobro del SOAP?, ¿El procedimiento considera cómo se cobra?, ¿qué se cobra?, es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?
  - Sí, pero son pocos los pacientes que llegan por SOAP y son derivados al Barros Luco. En general no se aplica el procedimiento porque existe la instrucción de derivar al Barros Luco y porque quien entrega las primeras prestaciones y se encargan de trasladar a este tipo de pacientes es el SAMU.
8. Tiempos promedios de cobro.
  - Información no disponible.
9. Número de atenciones a asegurados del SOAP en APS.
  - En promedio, es menos de una persona por mes.
10. Diagnósticos de los pacientes asegurados del SOAP en APS.
  - No hay.

### **Compra a establecimientos privados**

1. Número de pacientes derivados directamente desde SAPU/SUR a Establecimientos privados.
  - No se derivan pacientes a establecimientos privados.
2. Establecimientos privados a los cuales derivan.
  - No aplica
3. Si se compra a Privados ¿qué se compra en relación a una atención de urgencia? ¿Existe Convenio?, señalar Si o No. En el caso de **Si**, favor de describir/identificar el convenios. Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - No aplica
4. ¿Existe procedimiento para la derivación de estos pacientes?, señalar Si o No. En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento. Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - No aplica
5. Monto en pesos de las compras mensuales de la APS a prestadores privados dentro del marco de derivación desde la unidad de emergencia; por concepto de: camas por tipo, exámenes imagenología, pabellones.
  - No aplica
6. Tiempos promedios de pago al prestador privado.
  - No aplica
7. ¿Se realiza algún tipo de Auditoría y/o Control de Calidad por parte de su Institución respecto de la atención de sus pacientes derivados al privado?, señalar Si o No. En el caso de **Si**, favor de describir el proceso de Auditoría y/o Control de Calidad. Documentación de respaldo (Solicitar): En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  - No aplica

**Área Operacional (Clínico - Asistencial)**  
**Entrevista a la Directora del SAPU Dr. Juan Solórzano Obando comuna de Pedro Aguirre Cerda, Dra. Patricia Saavedra Leal**

**Instrumento de Área Operacional (Clínico - Asistencial)**

Dr. Juan Solórzano Obando ( Comuna Pedro Aguirre Cerda)

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista Hora de inicio:

Hora de término:

Entrevistado

Nombre:

Profesión: Médico

Años de Profesión: 27 años

Cargo: Directora del SAPU

Años en el cargo: 26 años

Años en el área de Urgencia: 23

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico - Organizacional - Financiero

**Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?
  - Tener una mejor resolutividad a nivel primerio, liberar a la red global de su sobrecarga con patologías que podían resolverse a nivel primario. Mejorar la accesibilidad a la atención, dada la extensión de horario.
2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.**)
  - Toda la coordinación se realiza a través del establecimiento. Existen reuniones periódicas con la dirección del Servicio de Salud.

¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?

- Una vez al mes se realizan las SIRA.
- También hay reuniones de coordinación propias de la Dirección de Salud Municipal una vez a la semana. Se trata de una instancia formal en que se reúnen las tres directoras de los CESFAM , más la Directora Municipal y se analizan distintos temas.

4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico - Operacional - Financiero**)

- Se relacionan lo que se discute en las SIRA y se toman respecto de pacientes en situaciones particulares, visitas domiciliarias, seguimiento a pacientes, traslados de médicos y uso de ambulancias, entre otros.

5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (**Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza**).

- Son grupales y constan en la minuta respectiva

6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas? (**Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.**)

- A través de las minutos y correos electrónicos. También se informaban por las microredes en función de los hospitales.

7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No. En el caso de **Sí**, favor de describir la medida. En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Sí, se utilizan las instancias de reuniones periódicas de la Dirección de salud municipal para analizar situaciones e informar a la comunidad acerca de las decisiones que tomen en relación con ellas. Un ejemplo de ello es la definición del horario del SAPU. Este SAPU tenía antiguamente un horario de 24 horas, sin embargo se analizaron los datos disponibles y se llegó a la conclusión de que el horario debía reducirse al de un SAPU largo. A raíz de lo anterior se iniciaron los trámites correspondientes y se informó a la comunidad del cambio.

8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?

Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?

- Se está iniciando el proceso de implementación de la ficha electrónica. Actualmente se lleva también un REM con datos del SAPU.

9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No. En el caso de **Sí**, favor de describir la instancia. En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Mensualmente se lleva adelante una reunión formal de los Consejos de Desarrollo Comunal, en el cual se analizan, entre otros, temas del SAPU. Existen también instancias informales que consisten en la generación de reuniones de manera espontánea.

10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?

- No existe un procedimiento escrito. Lo que se hace en la práctica es comunicarse y coordinarse con el resto de las comunas. Existen adicionalmente protocolos internos del SAPU y también hay protocolos para los choferes de las ambulancias. Se trabaja con la norma ministerial para los SAPUS aunque se adaptan a los casos en concreto.

\*Durante la entrevista se sugiere que, así como se implementa el Eunacom, debiese existir una acreditación general para médicos de urgencia.

## Instrumento de Indicadores

### **Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

1. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.

- Tiempo promedio de espera para traslado: generalmente inmediato, pero en general no debe mediar más de 15 minutos. Se coordinan las ambulancias que tiene cada SAPU, existe una persona encargada de la coordinación de estas. Además hay una ambulancia en espera que en general se usa para traslado de pacientes en el día. Hay una ambulancia para cada SAPU son todas de baja.
- Tiempo de espera de atención por médico: sí se toma.
- Consultas sapu morbilidad: se usa el indicador todos los meses.
- Estadía promedio de área de observación: se consideran las horas de observación en la jornada de turno. La observación dura 4 horas en promedio.
- Protocolos clínicos: sí
- Porcentaje de traslado: sí, registro en libro de traslado y se calcula el porcentaje de traslado en relación a la totalidad de consultas.
- Tasa de retorno: no hay un registro de policonsultantes.
- Instrumento de satisfacción usuaria: general sí, SAPU no, urgencia no
- Tasa de mortalidad del SAPU: no. Trabajan con lo que les entrega el servicio.
- Tasa de reclamos de pacientes: sí, mes a mes separado por ítems que establece el servicio. Hay tiempo definido de respuesta y solución.
- Recaudación: entre 18 y 24 mil pesos promedio.
- Porcentaje de recursos humanos como total del SAPU: sí
- Costo promedio por paciente atendido: no pero están los datos como para calcularlo. Hay un estudio pero es del año pasado.\* debiera existir un arancel fijo de la hora sapu a nivel nacional, para tener una referencia. La desviación estándar es muy grande. También los horarios son disímiles, no todos cumplen con el horario que se les paga. Hay mucha varianza en todo.

### **Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?
  - Son fidedignos, de hecho los utilizan para tomar decisiones.
2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.
  - Un mes, es decir, se obtienen al mes siguiente.
2. ¿Qué utilidad le significan para la gestión de su unidad?
  - Sí, las decisiones se toman en relación a ellas. Su utilidad radica además en que puede calcularse el costo de una hora asociado a la producción.
4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?

- La directora del servicio municipal. No existe una unidad encargada.

5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?

- Hoy no puede hacerse trazabilidad e los datos pero se espera que con el nuevo sistema pueda hacerse.

6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?

- Actualmente no hay trazabilidad, sin embargo podría lograrse a través del análisis de la ficha clínica.

### **Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua (el objetivo es aprovechar la experiencia y conocimiento de los entrevistados para mejorar el conjunto de indicadores)**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.

- Este SAPU solía ser de 24 horas con financiamiento municipal, sin embargo gracias a la información obtenida a través de los indicadores se logró estimar que no era necesario ni eficiente mantener abierto el SAPU por esa cantidad de horas. Gracias a lo anterior pudo tomarse la decisión de transformarlo en un SAPU largo.

3. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?

- A través de la información otorgada por los indicadores.

3. ¿Quién los definió?

- La directora de salud municipal en conjunto con las autoridades de la municipalidad y la directora del consultorio Juan Solórzano.

4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?

Hay un manejo más eficiente de los recursos gracias a la optimización de las horas de funcionamiento del SAPU.

5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.

- Sin datos disponibles.

6. ¿Cómo mantiene los cambios?

7. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.

### **Sección 4: necesidad de indicadores**

1. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?

- Constatación de lesiones en la urgencia, accidente escolar, registro de vacunas.
2. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.). CUALES SON LAS BARRERAS QUE IMPIDEN SU CALCULO HOY.
- Los datos están en la planilla Excel de atención por día y en base a ellos podrían calcularse los indicadores.
3. ¿Qué indicadores de los actuales usted dejaría de calcular?
- No eliminarían ninguno
4. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
5. ¿Cuál es su opinión, en cuanto a factibilidad, pertinencia y utilidad, de los siguientes indicadores? (se muestran los indicadores que se originan de este proceso de consultoría).

**Área Operacional**  
**Entrevista a Subdirectora Médica Hospital Exequiel González Cortés (HEGC)**  
**Dra. Inés Araneda**

**Instrumento de Área Operacional (Clínico – Asistencial)**

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista 19/6/15

Hora de inicio: 10:00

Hora de término:

Entrevistado

Nombre: Inés Araneda

Profesión: Médico Pediatra Cardiólogo

Años de Profesión: 34 años

Cargo: Subdirección Médica

Años en el cargo: 4 años

Años en el área de Urgencia: -

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

**Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?
  - Jefe técnica de toda la Unidad de Emergencia. El centro de responsabilidad de urgencia depende de la subdirección.
  - Coordinación diaria para solucionar el déficit de médicos en Urgencia generalmente.
  - Diseñar e implementar estrategias de gestión de la demanda.
2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.**)
  - Se llevan a cabo reuniones semanales con todos los centros de responsabilidad.
  - Diariamente existe una coordinación a través de las gestoras de camas en el SSMS y de Chile porque el ECG es centro de referencia nacional gran quemado, cáncer y diálisis.
3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?
  - Las reuniones con el SSMS son mensuales. Participan los subdirectores médicos, gestores de camas y la subdirectora del servicio.
  - Existe otra instancia en que se reúnen todos los jefes de urgencia

4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero**)

Se discute respecto de:

- El manejo de casos complicados.
- Las decisiones respecto de flujos de pacientes y creación de protocolos.
- Los acuerdos en modalidad de compra para hacer economías de escala.

5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (**Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza**).

- Se trata de llegar a un consenso pero es la Subdirectora del SSMS quien toma la decisión final.

6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas? (**Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.**)

- A través de la jefatura. En el EGC se envía una resolución a través de la oficina de partes a todos los centros de responsabilidad. También se manda mail a los jefes y médicos de urgencia.

7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.

Sí

En el caso de **Sí**, favor de describir la medida.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Sí, existen:

- Reuniones con el equipo.
- Seguimiento de cumplimiento de protocolos.
- Registro de indicadores y compromisos de gestión

8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?

Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?

- Aún no poseen un sistema con estas características. Alcanzaron a implementar el SIDRA en algunos lugares pero no en urgencia. El MINSAL detuvo la implementación porque se anuló el contrato.
- Sin embargo, los informes de gestión mensuales e informes diarios de la UGCC otorgan información pertinente para realizar análisis.

9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la instancia.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Existe un Consejo Consultivo, el cual se reúne con la directora. En dichas oportunidades se habla de todo lo que interesa a las personas respecto al Hospital completo.
- También hay un grupo de papás que participa como asesor.

10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?

- Hay un comité de emergencia central.

Además existen los COE (comité de emergencia). Cada establecimiento tiene su COE.

## **Instrumento de Indicadores**

Nombre: Inés Araneda

Profesión: Médico Pediatra Cardióloga

Años de Profesión: 34 años

Cargo: Subdirección Médica

Años en el cargo: 4 años

Años en el área de Urgencia: -

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

Nombre Douglas Maldonado

Profesión: Médico Pediatra

Años de Profesión:

Cargo: Jefe de Urgencia

Años en el cargo: 4 años

Años en el área de Urgencia:

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

### **Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

1. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.
  - No disponible

### **Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?
  - Muy buena. Quienes registran (por ejemplo los enfermeros) son muy rigurosos.
2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.
  - Las consultas de urgencia, categorización, traslados de pacientes al extrasistema y porcentaje de hospitalización se tiene diariamente.
  - Los pacientes que esperan más de 12 horas en urgencia por ejemplo tienen un rezago de un mes.
3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión de su unidad?
  - Son de gran utilidad, sobretodo en condiciones de contingencia para tomar decisiones.
4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?

- Las enfermeras de cada unidad recopilan la información y el encargado de la unidad de gestión realiza los informes.
5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?
    - No es un sistema en línea porque no hay sistema informático. El próximo año se inaugurará el hospital nuevo.
  6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?
    - No se asegura.

**Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua (el objetivo es aprovechar la experiencia y conocimiento de los entrevistados para mejorar el conjunto de indicadores)**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.
  - Por ejemplo se utilizaron los indicadores de la UGCC para terminar con los feudos de las camas y poder utilizar todas las camas de hospital.
2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?
  - Gradualmente
3. ¿Quién los definió?
  - Directora y subdirectora
4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?
  - Totalmente
5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.
  - El índice ocupacional dentro del hospital ha aumentado.
6. ¿Cómo mantiene los cambios?
  - Día a día se supervisa que la política se esté cumpliendo.
7. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.
  - No documenta

**Sección 4: necesidad de indicadores**

1. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?
  - Tiempo de espera hasta atención médica
  - Tiempos de respuesta de las unidades de apoyo (laboratorio, rayos)
2. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.). CUALES SON LAS BARRERAS QUE IMPIDEN SU CALCULO HOY.
  - El tiempo y recursos humanos necesarios para calcularlos y analizarlos.

3. ¿Qué indicadores de los actuales usted dejaría de calcular?
  - Ninguno
4. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
  - No aplica
5. ¿Cuál es su opinión, en cuanto a factibilidad, pertinencia y utilidad, de los siguientes indicadores? (se muestran los indicadores que se originan de este proceso de consultoría).
  - No disponible

**Área Operacional (Clínico – Asistencial)**  
**Entrevista a la Jefa Subrogante de Urgencia del Hospital Exequiel González**  
**Cortés (HEGC) Dra. Jimena Carreño**

**Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de la estructura organizacional de la Red de Urgencias, la distribución de funciones y responsabilidades**

**Consultor responsable Entrevista:** Rodrigo Martínez Labarca  
**Fecha Entrevista:** 10 julio 2015

**Elementos/Componentes/Estrategias**

**Nombre:** Jimena Carreño

**Profesión:** Médico Pediatra

**Años de Profesión:** 25 años

**Cargo:** Jefa (Subrogante) Urgencia Hospital Exequiel González Cortés (HEGC)

**Años en el cargo:** 3 años

**Años en el área de Urgencia:** 3

**Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:** HEGC

**Ámbito de trabajo:** Clínico – Organizacional – Financiero

**Preguntas**

**1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?**

- Mi rol consiste en coordinar la atención de la unidad de emergencia, junto con otros hospitales de la red sur, el Hospital Parroquial de San Bernardo - el cual descarga hacia acá - , así como también los SAPU de la red sur. Lorena Vera coordina las reuniones de los servicios de urgencia de la red. Hay reuniones de macro y microred. Nuestro establecimiento es el líder de la red, creamos cursos de IRA para el resto de los componentes de la red para uniformar y estandarizar la atención.
- Nos preocupamos de obtener retroalimentación sobre las derivaciones a través del SSM Sur para mejorar el flujo de derivación de los pacientes. Hay buenos resultados en el trabajo con el SS y la APS, incluyendo la gestión de los móviles de transporte de pacientes.

**2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.).**

- Los mecanismos de coordinación actúan a través del SS y en forma directa con los establecimientos de la red a través del teléfono, radio no se usa habitualmente, solo en caso de siniestros. También usamos sistema de mensajería como whatsapp para estar en contacto con los respectivos jefes de los servicios y resulta bastante útil.

**3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?**

- Se realiza una reunión trimestral aproximadamente dependiendo de los paros. El SS coordina para conocerse, ver la dinámica de cada institución, conocer las carteras de servicios de cada uno. Tenemos especialistas en turno y algunos convenios con USACH para el área de neurología con becados para cubrir algunas necesidades. Con la cartera de servicios puede mejorarse esta coordinación con el resto de los establecimientos en los casos más complejos.

**4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero)**

- Son decisiones de tipo clínicas y operacionales principalmente. Del ámbito financiero nada. Los objetivos son muy distintos debido a los establecimientos diferentes. Se plantea poder ser sólo una urgencia cerrada, que reciba pacientes derivados de otros establecimientos de la red, ya que ahora funcionamos como SAPU.

**5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza).**

- Se recepciona la información que envían los equipos de trabajo y se hace llegar al SS. Las decisiones se toman en grupo en forma horizontal, participan médicos y enfermeras, y jefaturas de las urgencias hospitalarias.
- Las decisiones son participativas con acuerdo de la red.

**6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas? (Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.)**

- Se hace un resumen en esas reuniones, son extendidas (alrededor de 30 personas), en casos especiales se hacen reclamos por escrito. Algunas cosas se informan por vía correo electrónico, aunque es ocasional.
- Los problemas de índole grave son puntuales y en general son pocos.
- Desconoce si existe una forma de registro o actas de las reuniones.

**7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.**

En el caso de **Si**, favor de describir la medida.

- Sí, vía correo electrónico, reuniones con los jefes de turno, entrega de turno de lunes a viernes. Estas medidas han sido de gran utilidad porque han transformado al sistema en uno más operativo, es más rápido dar las noticias o información a más gente en una sola ocasión o a través de un solo medio.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?

Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?

- No, el DAU es en papel. No obstante, se está trabajando en generar un formato electrónico. Se digita en una base de datos y se escanean los documentos. Existe un triage electrónico que permite gestionar esa información más rápido. Hay una unidad que registra los casos que se hospitalizan, pero los documentos son en papel.

9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la instancia.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- No, sólo existe la relación a través de la OIRS.

10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?

- Existe coordinación para este caso de situaciones, protocolos disponibles, un líder de evacuación, responsables designados y vías de evacuación señalizadas. Con la reacreditación se les entregó instructivos a todos los funcionarios. Hay alta motivación de los equipos, hay comunicación telefónica. Existe radio en caso de emergencia, a través de la cual se conectan con el SS y otros hospitales como vía de comunicación.
- Se hacen 4 simulacros donde el líder es el jefe del Comité de Emergencia (COE).

## **Pauta de Cotejo – Observación Proceso General de Atención de Urgencia**

(Para ser realizada en cada uno de los establecimientos de la muestra, con el acompañamiento de un profesional del establecimiento)

Consultor responsable Entrevista:

### **Pauta de Cotejo - Observación Proceso General de Atención de Urgencia**

**Nombre:** Jimena Carreño

**Profesión:** Médico Pediatra

**Años de Profesión:** 25 años

**Cargo:** Jefe (Subrogante) Urgencia Hospital Exequiel González Cortés (HEGC)

**Años en el cargo:** 3 años

**Años en el área de Urgencia:** 3

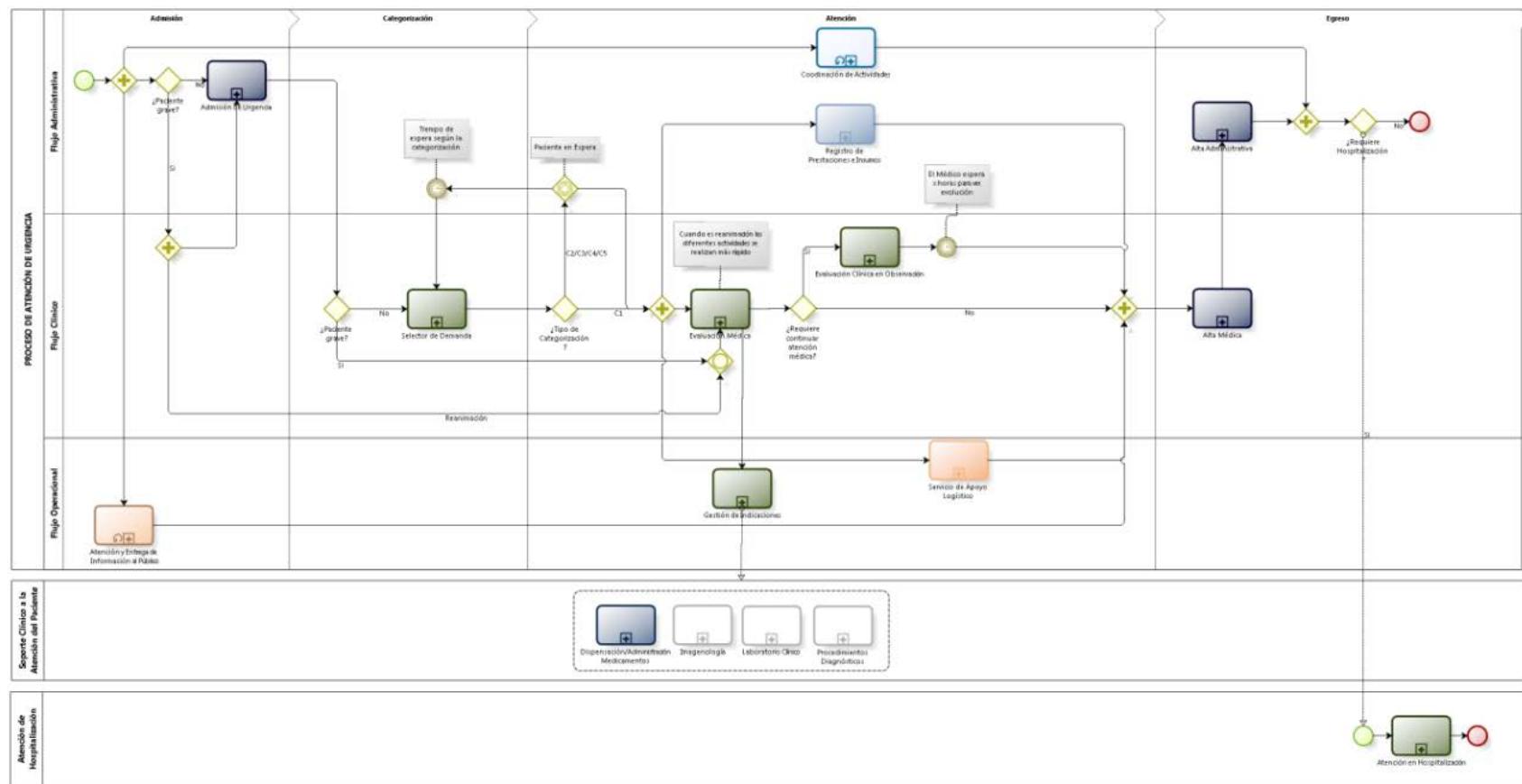
**Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:** HEGC

**Ámbito de trabajo:** Clínico – Organizacional – Financiero

#### **Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

<b>Parámetro</b>			<b>Hospital EGC</b>		<b>Observaciones</b>
Elemento/Componente/Estrategia evaluado			Urgencia		
¿Dispone de un diagrama o documento similar a este en el servicio?	<b>Sí X</b>	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio de la Red de Urgencia?	<b>Sí X</b>	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio del establecimiento?	<b>Sí X</b>	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cómo se deciden eventuales modificaciones al proceso?	Reuniones de coordinación				
¿Cómo se difunden las eventuales modificaciones al proceso?	Reuniones de coordinación, correo.				
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	<b>Sí X</b>	No	No responde / No sabe	No corresponde	Propias y de la red
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?	Se hacen reuniones por la red de urgencia y se informan al resto de los establecimientos				
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?	La red de urgencia es el responsable				
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?	En las reuniones y correo electrónico se informan los cambios				

## Respecto al Proceso Existente



Fuente: Consultoría de Procesos. MINSAL 2012.

**Pauta de Cotejo Observación Proceso General de Atención de Urgencia**

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
Admisión de Urgencia	Proceso administrativo, por medio del cual se ingresa al paciente a la atención de urgencia a fin de otorgarle una prestación clínica. A través de este proceso se confirma la identidad del paciente, sus antecedentes previsionales, el plan de salud o convenio para el evento de atención, el área de referencia y el motivo de consulta principalmente.	SI	Existe sistema de atención por número para mejorar el orden de atención. Luego del ingreso de la información básica del paciente, incluyendo preguntas que motivan la consulta. Información va al sistema de triage. El encargado de admisión hace una especie de triage y deriva el paciente a Pediatría, Cirugía o Traumatología.	No hay conocimiento del tiempo total de espera de un paciente desde que toma número. Se ha pensado hacer atención inicial primero y que luego pase por admisión.
Atención y Entrega de Información al Público	Proceso que entrega información a los familiares y acompañantes sobre el estado de salud y otra información relevante asociada a los pacientes que se atienden en un establecimiento de salud.	SI	De acuerdo a lo contemplado en el proceso estándar	OIRS está encargada de la entrega de información e instructivos, incluyendo pantalla con información relativa a la atención.

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Selector de Demanda	Proceso clínico que consiste en la aplicación de un instrumento confiable como método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles, para determinar la complejidad de la urgencia. Permite mayor objetividad en el proceso de priorización de la oportunidad de atención clínica de los pacientes	SI	De acuerdo a lo contemplado en el proceso estándar. Se hace una gestión en base a categorización existiendo compromiso de gestión para los C1, C2 y C3 en el sentido de cumplir con el tiempo establecido para la atención. Esto se hace priorizando y revisando la situación de cada paciente en la urgencia.	Cuentan con un sistema especial que tiene un algoritmo que facilita la categorización. Se usan las 5 categorías. Permite informar a los pacientes el tiempo máximo de espera posible por tipo de categoría.
Coordinación de Actividades	Subproceso en donde se coordina todo lo necesario para que ocurran las actividades durante la atención clínica del paciente.	SI	De acuerdo a lo contemplado en el proceso estándar	
Evaluación Médica	Proceso que consiste en el conjunto de actividades clínicas que se realizan al paciente a cargo de los profesionales de salud (interconsultas, procedimientos, Etc.).	SI	De acuerdo a lo contemplado en el proceso estándar.	Se hace una separación de los pacientes según si van a pediatría, cirugía o traumatología
Gestión de Indicaciones Médicas	Proceso encargado de la administración y ejecución de las	SI	De acuerdo a lo contemplado en el proceso estándar	Se diferencian las indicaciones según pediatría,

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
	indicaciones dadas por el médico.			cirugía y traumatología
Dispensación y administración de medicamentos.	Proceso encargado de la gestión de administración dispensación de fármacos e insumos a los pacientes que tengan una prescripción médica.	SI	De acuerdo a lo contemplado en el proceso estándar	
Imagenología	De acuerdo a la indicación del médico se realiza un examen de imagen para apoyo al diagnóstico (RX, RMN, Tomografía, etc.).	SI	De acuerdo a lo contemplado en el proceso estándar	
Laboratorio clínico	De acuerdo a los exámenes solicitados por el médico se toman las muestras correspondientes y se procede ser analizadas en el Laboratorio Clínico, emitiendo luego el resultado respectivo.	SI	De acuerdo a lo contemplado en el proceso estándar	Seguimiento de los resultados por TENS para mejorar la gestión de la evaluación médica
Procedimientos diagnósticos	Proceso encargado de realizar procedimiento que permitan confirmar diagnósticos como endoscopia, cistoscopia, etc.	SI	De acuerdo a lo contemplado en el proceso estándar	

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Indicación de observación	Proceso encargado de la atención del paciente que al ser evaluado en primera instancia con el médico este decide dejarlo un periodo de tiempo en reposo en el servicio de urgencia con el objetivo de evaluar exámenes o evolución de acuerdo a las indicaciones dadas.	SI	De acuerdo a lo contemplado en el proceso estándar	
Registro de prestaciones e insumos	Proceso por el cual se lleva cabo registro y cobro de las prestaciones e insumos.	NO	Se realiza parcialmente	Solo se recauda la atención médica, donde el paciente se firma un pagaré, en caso de que sea paciente ISAPRE o particular. Recaudan los exámenes realizados, sutura, yeso. Del resto como por ejemplo medicamentos, no se registra nada. Es imposible sin contar con un sistema de registro.
Coordinación de actividades	Proceso administrativo que tiene como finalidad preocuparse de que se gestionen los puntos críticos existentes en la	SI	De acuerdo a lo contemplado en el proceso estándar	

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
	atención de Urgencia.			
Alta administrativa	El Subproceso administrativo, por medio del cual, se genera toda la documentación respectiva para el alta o derivación del paciente. También se realiza el cobro de las prestaciones.	SI	De acuerdo a lo contemplado en el proceso estándar	
Alta médica	Proceso por el cual el médico realiza el egreso del paciente esto incluye diagnósticos, resumen de la hospitalización, indicaciones al alta y registros estadísticos obligatorio	SI	De acuerdo a lo contemplado en el proceso estándar	
Atención de hospitalización	Proceso encargado de la atención clínica de los pacientes que de acuerdo a su estado requieran estar hospitalizados.	SI	De acuerdo a lo contemplado en el proceso estándar	Ocasionalmente se hospitalizan en el servicio de urgencia, en periodos críticos. Máximo 2 a 3 días.

### **Observaciones generales**

Registro de la atención se hace en papel lo que dificulta el análisis del proceso de atención.

Existe un alta de enfermería en el registro que mantiene este equipo profesional.

No hay recuperación de ingresos por atención de pacientes que ingresan bajo algún seguro.

**Pauta de Cotejo – Observación Proceso General de Atención Jefe Urgencia  
Hospital Exequiel González Cortés (HEGC) Dr. Douglas Maldonado**

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista

Hora de inicio:

Hora de término:

Nombre: Douglas Maldonado

Profesión: Pediatra

Años de Profesión: 21

Cargo: Médico Jefe Urgencia Exequiel González

Años en el cargo: 4

Años en el área de Urgencia: 13

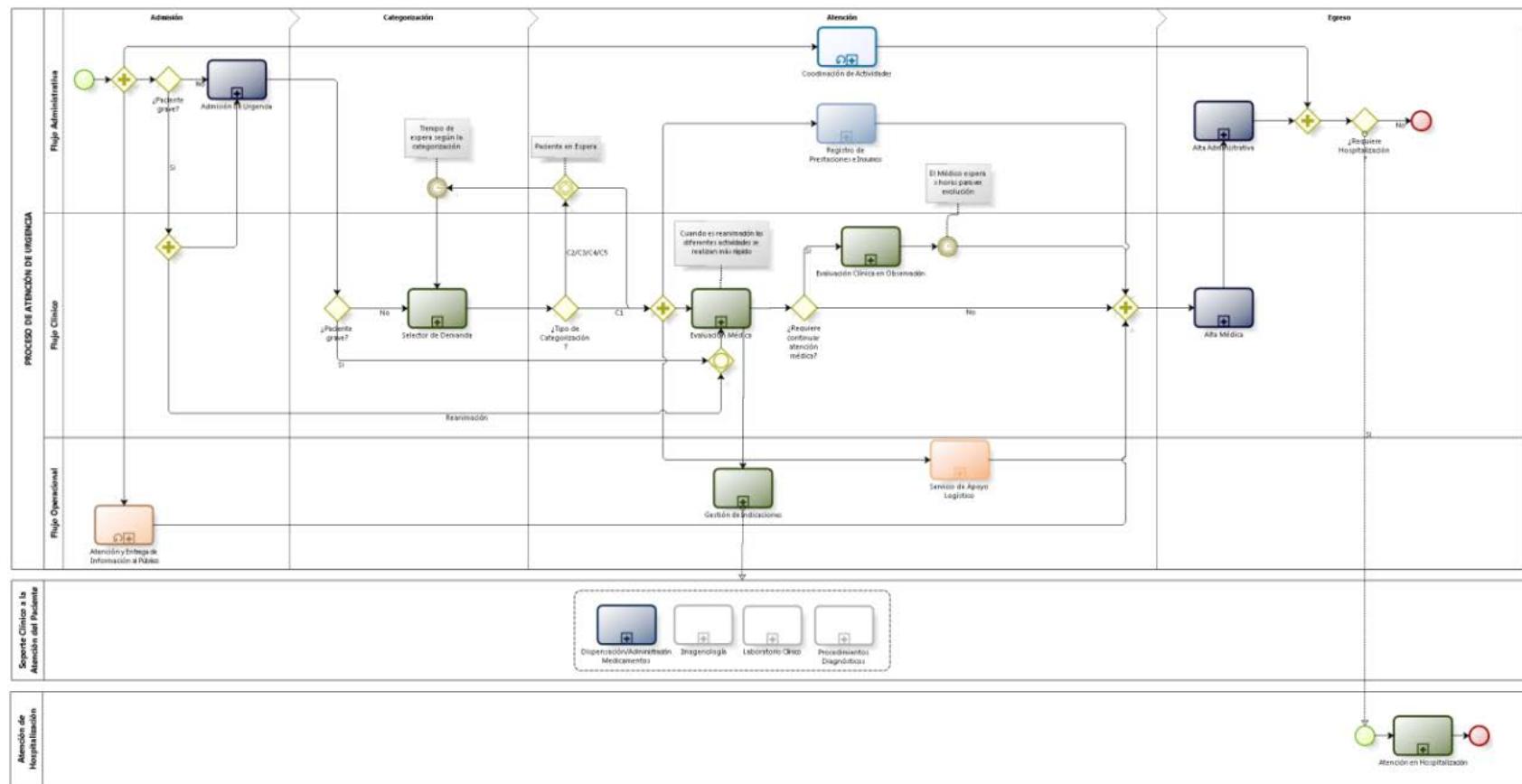
Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

**Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

<b>Parámetro</b>					<b>Observaciones</b>
Elemento/Componente/Estrategia evaluado					
¿Dispone de un diagrama o documento similar a este en el servicio?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	Un estándar del Ministerio y uno de elaboración local.
¿Existe un proceso propio de la Red de Urgencia?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	Uno macro y uno micro
¿Existe un proceso propio del establecimiento?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	Clínicos y de responsabilidad
¿Cómo se deciden eventuales modificaciones al proceso?	Mejora continua, por errores y por necesidades de los equipos.				
¿Cómo se difunden las eventuales modificaciones al proceso?	Con reuniones focales y reuniones clínicas. También a través de mails, minutos, actas de reuniones y seguimientos.				
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	Tenemos tanto guías de la Red como propias.
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?	Con proyectos de capacitación en red y jornadas de revisión.				
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?	El jefe de la urgencia más un médico liberado de guardia.				
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?	A través de documentos escritos.				

## **Respecto al Proceso Existente**



Fuente: Consultoría de Procesos. MINSAL 2012.

**Pauta de Cotejo Observación Proceso General de Atención de Urgencia**

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
Admisión de Urgencia	Proceso administrativo, por medio del cual se ingresa al paciente a la atención de urgencia a fin de otorgarle una prestación clínica. A través de este proceso se confirma la identidad del paciente, sus antecedentes previsionales, el plan de salud o convenio para el evento de atención, el área de referencia y el motivo de consulta principalmente.	Sí		Respecto de los policonsultantes existen problemas de costos y de resolutividad. Existe un sistema alternativo de admisión para personas que no tengan documentación.
Atención y Entrega de Información al Público	Proceso que entrega información a los familiares y acompañantes sobre el estado de salud y otra información relevante asociada a los pacientes que se atienden en un establecimiento de salud.	Sí		Los aspectos administrativos se atienden en la OIRS. El aspecto clínico está centralizado en el médico y la enfermera.

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
Selector de Demanda	Proceso clínico que consiste en la aplicación de un instrumento confiable como método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles, para determinar la complejidad de la urgencia. Permite mayor objetividad en el proceso de priorización de la oportunidad de atención clínica de los pacientes	Sí		Está protocolizado como compromisos de gestión y de la Urgencia. Está sistematizado e informatizado.
Coordinación de Actividades	Subproceso en donde se coordina todo lo necesario para que ocurran las actividades durante la atención clínica del paciente.	Sí		Está a cargo del jefe de turno.
Evaluación Médica	Proceso que consiste en el conjunto de actividades clínicas que se realizan al paciente a cargo de los profesionales de salud (interconsultas, procedimientos, Etc.).	Parcialmente	Existen normas respecto del Box de reanimación de acuerdo a PALS actualizado (en lo referido a roles, comunicación interna y externa con responsabilidades claras). También cuentan con procesos clínicos establecidos por default y cosas que quedan a criterio.	
Gestión de Indicaciones Médicas	Proceso encargado de la administración y	No		No está protocolizado, documentado o

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
	ejecución de las indicaciones dadas por el médico.			estandarizado.
Dispensación y administración de medicamentos.	Proceso encargado de la gestión de administración dispensación de fármacos e insumos a los pacientes que tengan una prescripción médica.	Sí	El responsable de medicina endovenosa/parenteral de formas de administración y procesos de administración. Además tienen recetas, formularios, posología, horarios, etc.	
Imagenología	De acuerdo a la indicación del médico se realiza un examen de imagen para apoyo al diagnóstico (RX, RMN, Tomografía, etc.).	No		En el proceso administrativo sí, pero la indicación no lo está.
Laboratorio clínico	De acuerdo a los exámenes solicitados por el médico se toman las muestras correspondientes y se procede ser analizadas en el Laboratorio Clínico, emitiendo luego el resultado respectivo.	No		En el proceso administrativo sí, pero la indicación no lo está. Sí existe normativa para los exámenes fuera de rango.
Procedimientos diagnósticos	Proceso encargado de realizar procedimiento que permitan confirmar diagnósticos como endoscopia, cistoscopia, etc.	No		No está documentado y no es cotidiano sino que más bien vía compra de servicios.

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
Indicación de observación	Proceso encargado de la atención del paciente que al ser evaluado en primera instancia con el médico este decide dejarlo un periodo de tiempo en reposo en el servicio de urgencia con el objetivo de evaluar exámenes o evolución de acuerdo a las indicaciones dadas.	No		Son períodos de 4 hrs. para decidir si hospitalizar o no. La enfermera exige el cumplimiento de estos tiempos.
Registro de prestaciones e insumos	Proceso por el cual se lleva cabo registro y cobro de las prestaciones e insumos.	Sí		Está claro lo de la recaudación por previsión pero siguen habiendo ítems no cobrados como por ejemplo los sueros.
Coordinación de actividades	Proceso administrativo que tiene como finalidad preocuparse de que se gestionen los puntos críticos existentes en la atención de Urgencia.	No		Está documentado que es responsabilidad del jefe de turno, en particular en lo referido a peaks de demanda, reanimaciones en paralelo, focos de meningitis, etc.
Alta administrativa	El Subproceso administrativo, por medio del cual, se genera toda la documentación respectiva para	Sí		Es distinto para pacientes de alta de la urgencia que del hospital. En el hospital también esta

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
	el alta o derivación del paciente. También se realiza el cobro de las prestaciones.			normado y protocolizado.
Alta médica	Proceso por el cual el médico realiza el egreso del paciente esto incluye diagnósticos, resumen de la hospitalización, indicaciones al alta y registros estadísticos obligatorio	Sí		Es distinto para pacientes de alta de la urgencia que del hospital. En el hospital también está normado y protocolizado. Los pacientes de Urgencia no tienen ficha hospitalaria sino que un registro de urgencia lo que no permite hacerles seguimiento. Si se les entrega una copia de la hoja de atención en urgencia.
Atención de hospitalización	Proceso encargado de la atención clínica de los pacientes que de acuerdo a su estado requieran estar hospitalizados.	Parcialmente	En gestión de camas los flujos están normados y el proceso de hospitalización no está protocolizado pero está normado.	

## Observaciones generales

### Pauta de Cotejo – Observación Coordinación Red de Urgencia

(Para ser realizada en instancia de coordinación de las redes incluidas en la muestra, nivel regional o nivel nacional)

#### Pauta de cotejo - Observación Coordinación Red de Urgencia

Parámetro					Observaciones
¿Existe el Rol de Coordinador de la Red?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	Existe en cargo o rol pero no hay documentación respecto de quién es el responsable.
¿Existe la instancia de coordinación de la Red de Urgencia?	Sí	No X	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Esta instancia o rol está reflejado en el organigrama institucional?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde X	
¿Se realizan reuniones de coordinación?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	Cuatro al año por meta sanitaria.
¿Existe un calendario de las reuniones de coordinación de la Red de Urgencia?	Sí	No X	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un acta de las reuniones o instancias de coordinación?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	Es llevada por el encargado de Red.
¿Se difunden estas actas? ¿A quién o quiénes?	Sí	No X	No responde / No sabe	No corresponde	Se remiten sólo a petición.
¿Todos los elementos o componentes de la red de urgencia están representados en las reuniones de coordinación?	Sí	No	No responde / No sabe X	No corresponde	Percibe que no existe un representación transversal.
¿Participan pacientes o agrupaciones de beneficiarios en las instancias de coordinación?	Sí	No X	No responde / No sabe	No corresponde	No se requiere por tratarse de reuniones técnicas.
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	Sí	No X	No responde / No sabe	No corresponde	Existen documentos que regularizan pero no hay norma
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?	No aplica				
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?	No aplica				
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?	No aplica				

<b>Parámetro</b>					<b>Observaciones</b>
Hay normas de referencia y contra referencia?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	No están actualizadas en procesos ni en funciones.
Hay procedimientos y/o instancias de seguimiento y control a las derivaciones?	Sí	No X	No responde / No sabe	No corresponde	No existe feedback ni siquiera por escrito. En casos específicos podría ocurrir.
Comentarios	Estima que debiese normarse el rol del jefe de urgencia. La gestión está hecha en función de cursos pero no de una formación formal.				

**Área Operacional (Clínico – Asistencial)**  
**Entrevista al Subdirector Médico Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT)**  
**Dr. Ernesto Perucca**

**Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de la estructura organizacional de la Red de Urgencias, la distribución de funciones y responsabilidades**

**Consultor responsable Entrevista:**

**Fecha Entrevista:** 5 julio 2015

**Elementos/Componentes/Estrategias**

Nombre: Ernesto Perucca

Profesión: Médico Gineco - Obstetra

Años de Profesión: 40 años

Cargo: Subdirector Médico Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT)

Años en el cargo: 5 años

Años en el área de Urgencia: 40 años en urgencia obstétrica

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo: HBLT

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

**Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?

- Yo cumple el rol de articulador de la red de urgencia. En la red existen muchos pacientes hospitalizados en el servicio de urgencia, siendo la principal obligación conseguir que se cuente con cupo en hospitalización lo más rápido posible.
- También soy responsable de recibir pacientes de la red y derivar a pacientes a otros establecimientos de la red. Adicionalmente tenemos derivación de pacientes a hospitalización domiciliaria.
- El volumen de pacientes traumatológicos constituye un gran problema ya que los pacientes de nuestra área representan cerca de un tercio o cuarta parte del total de pacientes que consultan.
- Otro gran problema es la demanda excesiva que genera gran tensión en los equipos de trabajo. La sensación que tenemos es que es una red unidireccional hacia HBLT, el resto de los establecimientos se quejan de que no somos capaces de responder a sus requerimientos. Otro aspecto importante es que al derivar un paciente a otro establecimiento requiere el consentimiento del paciente o su familia, situación que no siempre es fácil debido a lejanía de los otros establecimientos o a la creencia, por parte de la familia del paciente, de que el cuidado en ellos puede ser de menor calidad.

2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador:** Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.)

- Se realiza día a día, el jefe de turno es quien recibe las llamadas para conocer lo que ocurre en el resto de la red.
- Hay reuniones de la red, pero ellas se dan con poca frecuencia, es decir, son alrededor de 4 o 5 al año. La impresión es que sirven poco.
- En general se discuten temas de red, ésta debiera ser más ejecutiva y bidireccional.
- Se hace coordinación en protocolos para mejorar el intercambio de pacientes, pero lamentablemente la inmediatez es la que manda.

3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?
  - Se realizan con poca frecuencia, 4 o 5 veces al año
4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero**)
  - Se toman decisiones respecto al área clínica y al área operacional. No se toman decisiones ni se analiza el ámbito financiero.
  - Lo ideal sería poder tener injerencia al menos en la forma en que se distribuyen los recursos asociados a la operación diaria.
5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (**Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza**).
  - Se trata de decisiones participativas en acuerdo de la red.
6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas? (**Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.**)
  - Queda registro por escrito. Hay un acta con seguimiento relativamente informal. No hay difusión adecuada de los temas tratados.
7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la medida.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- No existe ninguna medida especial, esto es más complejo ya que hay mucha rotativa de los participantes.
8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?

Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?

- En estos momentos contamos con DAU en papel, en la nueva urgencia gozará de un sistema electrónico, aunque hemos tenido retraso por RRHH insuficientes.

- El nuevo sistema permitirá contar con ficha clínica, radiología y abastecimiento entre otras funciones.
9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir la instancia.  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- No, pero existen los comités de asesores del hospital en general, donde participan las agrupaciones de pacientes. Estos comités tienen una mirada un tanto restringida dado su conocimiento del contexto general.
10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?
- Hay mecanismos de coordinación en el COE, que permite acordar el funcionamiento bajo condiciones de emergencia.
  - Desde el punto de vista clínico, el índice ocupacional es muy alto por lo que hay bajo margen de maniobra. Se deriva a casa o clínica privada. Estamos en una situación de precariedad altísima por falta de personal, lo mismo para la UPC. Existe una migración importante de profesionales.
  - En el caso de un accidente grande, ni siquiera una catástrofe, hay mucha dificultad para responder a la demanda de atención.
  - Las derivaciones se realizan a través de la UGCC, con la cual se mantiene un contacto permanente. Nadie es trasladado si no es por la UGCC.
  - En relación al presupuesto, es el subdirector administrativo es quien finalmente toma la decisiones. Uno puede hacer las solicitudes pero la decisión final es de él. Ej. Servicio MQ requiere más presupuesto, porque los pacientes se han ido complejizando.
  - Existe sistema de control presupuestario. El SDA realiza al menos una reunión mensual para mostrar como están las cifras. El presupuesto se regula según capacidad operativa, sin embargo nunca es suficiente.
  - Se requiere ser más eficiente, pero existen brechas importantes que no permiten avanzar sin ser resueltas adecuadamente. por ej. En el caso de las IAAS hay situaciones que obligan a usar medicamentos de alto costo, no programados. Otro ejemplo, se refiere a algunas patologías como la Insuficiencia Renal y neoplasias que han crecido en forma exponencial, con medicamentos de alto costo e insumos y pacientes que sobreviven con la atención recibida.
  - Una vez al mes se monitorea el grado de ejecución presupuestaria del establecimiento.
  - Respecto al GES como ACV, IAM, DBT, etc, hay un proceso diferenciado para este grupo de pacientes GES.
  - Las canastas PPV referidas a urgencia en general están adecuadas a los gastos. La atención de pacientes privados es muy baja, principalmente por ley de urgencia. Uno al día aproximadamente. Se activa la red para derivarlo, aunque hay pacientes que prefieren quedarse. Existe procedimiento de cobro para los pacientes ISAPRE y privados el que se realiza en finanzas. También se cobra el

SOAP a través de un equipo que está dedicado al efecto. Lo mismo sucede para otros seguros relacionados con la atención de urgencia.

- Otra situación particular se da con los pacientes rescatados por la ISAPRE. El procedimiento está definido, pero la ISAPRE tiende a demorar el proceso de pago. El establecimiento se contacta con los aseguradores, a través de la gestión de camas.
- Respecto a la UPC – UGCC, el gestor de camas del hospital trabaja de Lunes a Viernes en horario de oficina. En invierno se agrega sábado y domingo. La comunicación se realiza por medio de teléfono. El gestor de camas recorre el hospital y dos veces al día (12 – 17 horas) emite un informe para dar cuenta de los cupos disponibles. El funcionamiento es bastante fluido. La comunicación con la UPC es telefónica para apoyo por paciente crítico o para evaluación de pacientes críticos por medio de la cual se determina si el paciente debe ingresar o no. La relación es médico a médico.
- La coordinación con la UGCC central es por teléfono, pero es más difícil la comunicación. Se trata de coordinar todo con la UGCC central, ya que no hay trato directo con clínicas privadas en caso de ser necesario.

**Área Operacional (Clínico – Asistencial)**  
**Entrevista al Jefe de Urgencia del Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT)**  
**Dr. Osvaldo Rodriguez**

**Instrumento de Área Operacional (Clínico – Asistencial)**

Consultor responsable Entrevista: Soledad Martínez

Entrevista

Hora de inicio:

Hora de término:

Entrevistado

Nombre: Dr Osvaldo Rodriguez

Profesión: Médico Especialista Cirugía

Años de Profesión: 49

Cargo: Jefe de Urgencia

Años en el cargo: 15 años

Años en el área de Urgencia: 49

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

\*COMENTARIO: las respuestas dadas en la entrevista responden igualmente la pauta de cotejo.

**Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?
  - Referente Jefe de la Red, médico. Hay además una enfermera encargada en el SSMS Lorena Vera.
2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.**)
  - Centro referencia que recibe casos a través de la UGCC
  - Existen reuniones de la Red de urgencia convocadas por la enfermera
  - Usan correo.
  - Cuando la referencia de pacientes es realizada desde otra urgencia hay un contacto telefónico previo, sin embargo a veces no hay aviso, porque si lo mandan al Barros Luco y hay que enviarlo al extrasistema paga el hospital y no la institución desde la cual es remitido.
3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?
  - Las reuniones de la red de urgencia se realizan una vez al mes.

4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero**)

- Se acuerdan protocolos de referencia y contrarreferencia, se regulan procesos de atención.
5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (**Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza.**)
- Se trata de decisiones grupales, es decir, se llega a ellas a través de consensos.
6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas? (**Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.)**
- A través de correo electrónico.
7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la medida.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- No. Obsta además a ello que en APS los médicos rotan mucho por lo que las notificaciones debieras hacerse de manera periódica para asegurarse que todos estuvieran siempre al tanto de las decisiones tomadas.
8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?

Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?

- Utilizan un sistema informático, pero no ficha electrónica. Éste es primitivo y de interfaz poco amigable.
9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.
- En el caso de **Si**, favor de describir la instancia.
- En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- No, no existen instancias propias de la red de urgencia para ello, pero en los consejos consultivos se solicita la concurrencia de los Jefes de Urgencia o a veces se cita a los miembros de dicho consejo a las reuniones de la red. Generalmente durante estas instancias ellos preguntan y plantean sus inquietudes.

10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?

- Actualmente la gestión de catástrofes se lleva a cabo a nivel nacional. La Red de Urgencia tiene un sistema de comunicación por radio de alcance nacional. En casos de catástrofes el SAMU es el que actúa como coordinador de la Red.

## **Instrumento de Indicadores**

Entrevistado

Profesión:

Años de Profesión:

Cargo:

Años en el cargo:

Años en el área de Urgencia:

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

### **Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

1. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.
  - Fallecidos
  - Traslados
  - Días cama
  - Hospitalizados (Hoy 57 pacientes hospitalizados)
  - Camas para sacar a los pacientes de urgencia

### **Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?
  - Son precisos. Aun así, nos encontramos periodo de transición, dado que esperamos en Octubre contar con un sistema completamente informatizado (DAU) . Por ahora los datos son ingresados por alguien de estadística.
2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.  
La base de datos termina de llenarse el 15 del mes, por lo tanto generalmente los datos tiene un rezago de 15 días.
3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión de su unidad?
  - Algunos son de utilidad porque sirven para identificar problemas de fácil resolución. El problema es que cuando logramos identificar situaciones más complejas a través de estos datos, ellos no aportan información para su solución. Por ejemplo tenemos información sobre la cantidad de pacientes hospitalizados en urgencia, cuando en realidad urgencia no debiera tener pacientes hospitalizados. Aunque hemos hecho notar estas situaciones a las autoridades, existe una carencia de camas que no puede ser solucionada fácilmente, más aún, cuando existe alguna cama disponible el personal del servicio elige al paciente a ser trasladado, tratándose por lo general su caso de uno de fácil resolución, quedándonos nosotros con los casos más complejos.

4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?
  - El personal de estadística y el jefe de urgencia
5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?
  - La desventaja es que la información tiene rezago para su utilización y que el procesamiento de dicha información para la obtención de estadísticas concretas es difícil. A veces los médicos no realizan un registro íntegro, por ejemplo, no todos diagnósticos se encuentran consignados en la base de datos.
6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?
  - La trazabilidad no es fácil porque no está todo consignado de manera electrónica, por lo que a veces se debe acudir a los registros en papel.

**Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua (el objetivo es aprovechar la experiencia y conocimiento de los entrevistados para mejorar el conjunto de indicadores)**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.
  - Afectan los procesos en cuanto a la toma de decisiones, por ejemplo, llegaban muchos pacientes a cambiarse la sonda vesical, por lo que se creó un sistema de enfermería ambulatoria.
2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?
  - El Jefe de la Urgencia envió datos a subdirección médica y propuso una solución.
3. ¿Quién los definió?
  - El Jefe de la Urgencia en conjunto con la subdirección médica.
4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?
  - Ha disminuido la demanda, pero con la instalación del SAUD aumentó nuevamente.
5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.  
Se creó un protocolo. Este consiste en que la colocación de la sonda se realiza por primera vez en urgencia, derivando el paciente a enfermería ambulatoria para su recambio en horario hábil. No existen datos de los pacientes derivados.
6. ¿Cómo mantiene los cambios?
  - Una vez establecidos, se mantienen dado funcionamiento de la urgencia.
7. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.
  - Existen sólo los datos que evidencian una disminución en la demanda por cambio de sondas.

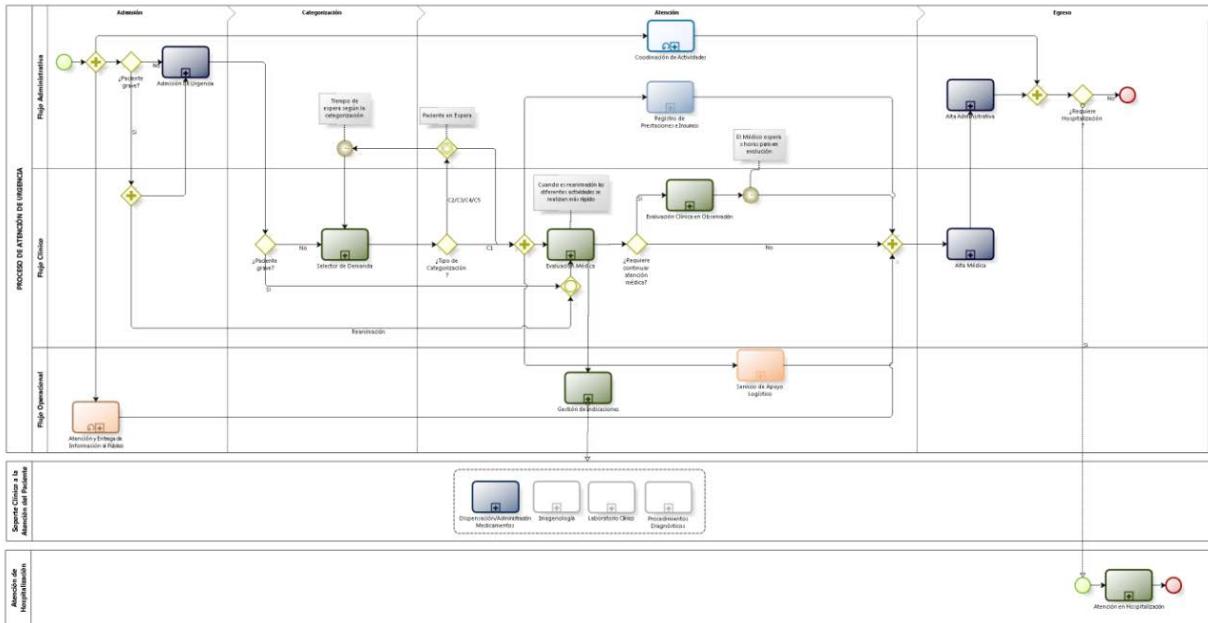
#### **Sección 4: necesidad de indicadores**

1. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?
  - Tiempo de espera, ya que es de difícil cálculo. Si bien el tiempo de espera para triage está disponible, el tiempo de atención total es complejo de calcular y sería de gran importancia poder disponer de dichos datos.
  - Tiempo de permanencia hasta el alta.
2. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.). CUALES SON LAS BARRERAS QUE IMPIDEN SU CALCULO HOY.
  - El cálculo es muy difícil porque requiere de interpretar datos que no miden directamente el indicador.
  - Es necesario saber el tiempo de permanencia hasta el alta porque los días cama no reflejan necesariamente un uso de 24 hrs de cama sino más bien si el paciente pasó las 12 de la noche utilizando una cama en urgencia.
3. ¿Qué indicadores de los actuales usted dejaría de calcular?
  - Días cama.
4. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
  - por los motivos explicitados en la respuesta número 2 de esta sección.
5. ¿Cuál es su opinión, en cuanto a factibilidad, pertinencia y utilidad, de los siguientes indicadores? (se muestran los indicadores que se originan de este proceso de consultoría).

**Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

Parámetro					Observaciones
Elemento/Componente/Estrategia evaluado					
¿Dispone de un diagrama o documento similar a este en el servicio?	Sí x	No	No responde / No sabe	No corresponde	No lo tienen disponible en el servicio de urgencia
¿Existe un proceso propio de la Red de Urgencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio del establecimiento?	Sí x	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cómo se deciden eventuales modificaciones al proceso?	Cualquier persona del equipo propone un cambio y se implementa				
¿Cómo se difunden las eventuales modificaciones al proceso?	En general en reuniones de enfermería y de médicos Jefe habla con todos los turnos				
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	Sí x	No	No responde / No sabe	No corresponde	Cardiovascular diabetes. Son los servicios los que tienen que hacer las guías clínicas. Aquí se hace del proceso de atención no del manejo
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?	Se actualizan según necesidad				
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?	Jefe de servicio				
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?	Las imprimen pero se las roban están en el computador en la sala de médicos				

## Respecto al Proceso Existente.



Fuente: Consultoría de Procesos. MINSAL 2012.

### Pauta de cotejo - Observación Coordinación Red de Urgencia

Parámetro					Observaciones
¿Existe el Rol de Coordinador de la Red?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe la instancia de coordinación de la Red de Urgencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Esta instancia o rol está reflejado en el organigrama institucional?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Se realizan reuniones de coordinación?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un calendario de las reuniones de coordinación de la Red de Urgencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un acta de las reuniones o instancias de coordinación?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Se difunden estas actas? ¿A quién o quiénes?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Todos los elementos o componentes de la red de urgencia están representados en las reuniones de coordinación?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Participan pacientes o	Sí	No	No	No	

<b>Parámetro</b>					<b>Observaciones</b>
agrupaciones de beneficiarios en las instancias de coordinación?			responde / No sabe	corresponde	
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?					
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?					
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?					
Hay normas de referencia y contra referencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
Hay procedimientos y/o instancias de seguimiento y control a las derivaciones?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
Comentarios					

**Área Operacional (Clínico – Asistencial)**  
**Entrevista al Subdirector Médico Hospital El Pino Dr. Mauricio Shokiche**

**Instrumento de Área Operacional (Clínico – Asistencial)**

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista

Hora de inicio:

Hora de término:

Entrevistado

Nombre: Mauricio Shokiche Rojas

Profesión: Médico, especialidad en Medicina Interna.

Años de Profesión: 27 años

Cargo: Director Técnico

Años en el cargo: 1 Año

Años en el área de Urgencia: 25 años.

2 Años Jefe de Urgencia.

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: XClínico – Organizacional – Financiero

### **Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?

- Coordinación manejo de pacientes graves con otros servicios de urgencia.
- Cooperar con otros Hospitales para uso de camas y traslado de pacientes hospitalizados
- Existe coordinación interna y externa. Ésta última consiste en traslado de pacientes por atochamiento o incapacidad (coord. con la Red).

2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.**)

- Existe una Red virtual ya que se comunica con los jefes de otros nodos de la Red a través de Mails y Whatsapp.
- Unidad de Gestión de Camas clínicas del Ministerio.
- Teléfono.
- Reuniones mensuales de la Red de Urgencias SSMS.
- El más útil es la UGCC (ya que ayuda a "sacar" pacientes fuera del Servicio de Urgencia hacia los servicios del hospital)

3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?

- Las reuniones en el SSMS se realizan mensualmente.
- La comunicación por teléfono, whatsapp y con la UGCC es diaria.

4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero**)

- Determinación de prioridad assignable a pacientes.
- Se definen criterios de traslados: primero se intenta el traslado a un establecimiento público (mediante vehículo institucional), luego si no hay disponibilidad, se envía a establecimientos privados.  
Lo complejo, es tomar la decisión de trasladar o no frente probable muerte. Lo ideal es que 2 o 3 criterios médicos avalen el traslado.
- No se toman muchas decisiones económicas/financieras. Lo más parecido a decisiones financieras son los traslados.

5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (**Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza**).

- En coordinación de Red, son decisiones grupales, tomadas en acuerdo, nunca impuestas. [Hospital Auto-gestionado]. [Alerta máxima, contingencia, MINSAL habilita sacar hacia la red con autorización de la dirección del servicio].

6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas? (**Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.**)

- Vía Mail, diariamente.
- Reuniones con jefes de turnos de urgencia, diariamente de 8:00 a 11:00.
- Reuniones entre el jefe de turno, el jefe de urgencia y el subdirector médico.

7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No. El Jefe de Urgencia se encarga de transmitir la información a los jefes de turno, durante reuniones clínicas o administrativas periódicas con los médicos.

En el caso de **Sí**, favor de describir la medida.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Información no disponible

8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?

Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?

- Usamos el sistema de GRDs
  - La UGCC tiene información del conteo de camas y pacientes
  - No hay Ficha Electrónica
  - Han adoptado recientemente SIDRA, pero aún no se ha implementado en la urgencia de adultos, lo que esperan se realice el siguiente semestre.
  - Gente de enfermería y del SOME ingresa la información y la comunica a jefes de turno en la mañana.
9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir la instancia.  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- Sí, existen Consejos Consultivos a través de los cuales se canalizan los reclamos, pero no participan en la toma de decisiones.
10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?
- Existen planes de emergencia para el hospital. Hay coordinación con municipalidades por medio de reuniones llevadas a cabo cada dos meses aproximadamente.
  - Existen reuniones con carabineros y bomberos y simulacros de evacuación de pisos.
  - Adicionalmente hay un radio operativo de emergencia (con baterías de emergencia), a cargo la telefonista de 24 hrs. Pero generalmente se coordinan por teléfono.
  - Se realizan simulacros cada cierto tiempo.
  - Ej. bus. Con niños chocó. Director pide ayuda a la red, ambulancias de rescate.

## **Instrumento de Indicadores**

Nombre: Mauricio Shokiche Rojas

Profesión: Médico, especialidad en Medicina Interna.

Años de Profesión: 27 años

Cargo: Director Técnico

Años en el cargo: 1 Año

Años en el área de Urgencia: 25 años.

2 Años Jefe de Urgencia.

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

### **Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

1. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.

- Porcentaje de hospitalización
- Pertinencia de urgencia de Pacientes/Categorización
- Tiempo de espera de Triage (toma de registro en el SOME).
- Número de veces que el paciente ha concurrido al establecimiento en los últimos 30 días.

### **Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?

- Tienen la exactitud de un registro manual.

2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.

- Los datos más simples tienen un rezago de 24 hrs. Ello, sin embargo no es así para todos los datos y existen dudas respecto de su rezago [a lo menos mensualmente estarían, pero subdirector debe consultarle al SOME].

3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión de su unidad?

- Son útiles, sobre todo para asignar RR.HH. (por. Ej. horas de mayor ajetreo). Pero en general no hay mucho tiempo para analizar los datos.

4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?

- El SOME

5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?

- Puede existir pérdida de datos (debido al traslado de los mismos a oficinas, su recopilación, etc.)

6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?

- No existe un proceso específico. Queda registrado las enfermeras y médicos que llenan el DAU. No los técnicos.

**Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua (el objetivo es aprovechar la experiencia y conocimiento de los entrevistados para mejorar el conjunto de indicadores)**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.

- Se ha tratado de mejorar el tiempo de espera (dato SOME) y Triage de enfermera, para lograr que éste sea lo más corto posible (CI y C2 en menos de 20 mins, por AUGE).
- Para lograr dicho objetivo, incluso se ha capacitado a los guardias.

2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?

- Fueron definidos por un acuerdo del Equipo de Urgencias, conformado por el Subdirector Médico, el Jefe de Urgencia y la Enfermera Jefa de Urgencia.

3. ¿Quién los definió?

- El Equipo de Urgencias [Idem, pero SDM principalmente]

4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?

- Sabemos que ha mejorado el proceso porque existe un menor número de reclamos

5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.

- No existen datos

6. ¿Cómo mantiene los cambios?

- A través de revisiones periódicas.

7. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.

- Tiempo de espera para triage y reclamos.

**Sección 4: necesidad de indicadores**

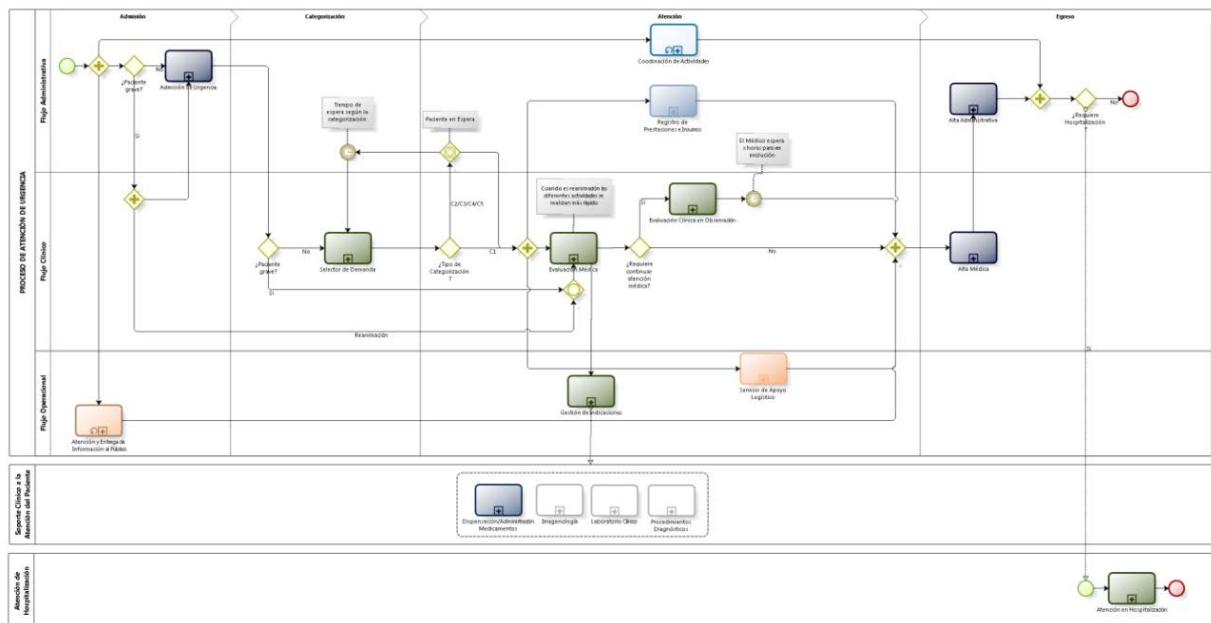
1. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?
  - Cuántos exámenes se piden por pacientes y la pertinencia de la indicación (casi 1000 scanner mensuales)
  
2. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.). CUALES SON LAS BARRERAS QUE IMPIDEN SU CALCULO HOY.
  - Por el costo que el pedir exceso de exámenes no pertinentes implica. La contención de costos en Urgencia es compleja.
  - La barrera que impide su medición es el tiempo que tardaría en calcularlo ya que habría que ir a cada DAU o a cada unidad de apoyo (el número general).
  - El otro obstáculo consiste en la determinación de quién tendría que hacer el análisis de la información, y que podría hacerlo tanto el Director Técnico como el Centro de estadística.
  
3. ¿Qué indicadores de los actuales usted dejaría de calcular?
  - Ninguno.
  
4. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
  - Porque de todos puede derivarse alguna utilidad.
  
5. ¿Cuál es su opinión, en cuanto a factibilidad, pertinencia y utilidad, de los siguientes indicadores? (se muestran los indicadores que se originan de este proceso de consultoría).
  - Se enviarán indicadores vía mail.

#### **Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

<b>Parámetro</b>					<b>Observaciones</b>
Elemento/Componente/Estrategia evaluado					
¿Dispone de un diagrama o documento similar a este en el servicio?	Sí	No X	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio de la Red de Urgencia?	Sí	No X	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio del establecimiento?	Sí	No X	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cómo se deciden eventuales modificaciones al proceso?					
¿Cómo se difunden las eventuales modificaciones al proceso?					
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	Sí	No X	No responde /	No corresponde	Existen guías de la Red no

Parámetro				Observaciones
		No sabe		propias. También de GES.
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?				Una vez al año, junto con la unidad de calidad
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?				Equipo, jefa de calidad más el jefe de los servicios clínicos o el jefe de urgencia
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?				En reuniones grupales o con los médicos, o directamente oficios que deben firmar como recibidos.

### Respecto al Proceso Existente



Fuente: Consultoría de Procesos. MINSAL 2012.

**Pauta de cotejo - Observación Coordinación Red de Urgencia**

<b>Parámetro</b>					<b>Observaciones</b>
¿Existe el Rol de Coordinador de la Red?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	Dra. Carmen Ferrada [al principio clave, luego con aprendizaje].
¿Existe la instancia de coordinación de la Red de Urgencia?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Esta instancia o rol está reflejado en el organigrama institucional?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Se realizan reuniones de coordinación?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un calendario de las reuniones de coordinación de la Red de Urgencia?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un acta de las reuniones o instancias de coordinación?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Se difunden estas actas? ¿A quién o quiénes?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	Por Mail, a participantes y SDM's
¿Todos los elementos o componentes de la red de urgencia están representados en las reuniones de coordinación?	Sí	No X	No responde / No sabe	No corresponde	No se encuentran representadas las Direcciones de Salud municipales o jefes de SAPU (qué se deriva, lo complejo es que son muchos).
¿Participan pacientes o agrupaciones de beneficiarios en las instancias de coordinación?	Sí	No X	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	Sí	No X	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?					
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?					
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?					
Hay normas de referencia y contra referencia?	Sí	No X	No responde / No sabe	No corresponde	En servicios clínicos sí.
Hay procedimientos y/o instancias	Sí	No	No	No corresponde	Existe pero

<b>Parámetro</b>				<b>Observaciones</b>
de seguimiento y control a las derivaciones?		X	responde / No sabe	dicha información la maneja el gestor de camas (si se interesa puede saber).
Comentarios				

**Área Operacional (Clínico – Asistencial)**  
**Entrevista al Jefe de Urgencia del Hospital El Pino Dr. Julio Matute**

**Instrumento de Área Operacional (Clínico – Asistencial)**

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista 24/7/15

Hora de inicio: 12:00

Hora de término:

Entrevistado

Nombre: Julio Matute

Profesión: Médico, especialista Urgencia e Intensivo

Años de Profesión: 9 años

Cargo: Jefe de Urgencia

Años en el cargo: 1 Año y medio

Años en el área de Urgencia: 5 años.

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo: Hospital El Pino

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

**Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?
  - Coordinar la atención dentro de su servicio y con otros servicios de urgencia
2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.**)
  - Se realizan reuniones mensuales (a veces más seguido) en el servicio sur. La mayoría de las veces a través de videoconferencia.
  - Otros medios utilizados son el correo electrónico y la vía telefónica.
3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?
  - Mensualmente.
4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero**)
  - Se definen los protocolos de derivación.
5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (**Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza**).
  - Las decisiones tomadas se alcanzan a través de consensos, pero el SSMS toma la decisión final.

6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas?  
**(Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.)**
- El servicio difunde la información sobre decisiones a través de correos o folletos.
7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir la medida.  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- No sabe
8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?  
Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?
- No, todo se anota a mano y posteriormente se ingresan al sistema algunos datos.
9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir la instancia.  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- No disponible
10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?
- Se está cambiando el protocolo actualmente.
  - Hay un procedimiento interno del hospital. Los pacientes menos graves son trasladados a sitios de seguridad o al casino. Se detiene la atención de pacientes menos graves. Se coordinan con el delegado de desastres de las comunas.

## **Instrumento de Indicadores**

Nombre: Julio Matute

Profesión: Médico, especialista Urgencia e Intensivo

Años de Profesión: 9 años

Cargo: Jefe de Urgencia

Años en el cargo: 1 Año y medio

Años en el área de Urgencia: 5 años.

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo: Hospital El Pino

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

### **Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

1. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.
  - Tiempo de estadía total
  - Porcentaje de pacientes categorizados
  - Mortalidad
  - Número de pacientes hospitalizados en camilla.

### **Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?
  - Relativamente precisos ya que son corroborados por el SOME
2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.
  - Tienen un rezago mensual
3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión de su unidad?
  - Su utilidad reside en que podemos demostrar a través de estos indicadores que necesitamos cosas. El problema es que una vez que evidenciamos nuestras necesidades, no pasa nada.
4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?
  - La supervisora de enfermería recopila y consolida.
5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?
  - El tiempo requerido para deducir información de los indicadores puede ser muy largo.
6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?
  - No existe información

**Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua (el objetivo es aprovechar la experiencia y conocimiento de los entrevistados para mejorar el conjunto de indicadores)**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.
  - Por ejemplo se establecieron indicadores de efectos adversos y luego se implementó un protocolo.
2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?
  - No existe información
3. ¿Quién los definió?
  - El jefe de urgencia, la enfermera supervisora y el enfermero de calidad..
4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?
  - Mejoró (no se explaya)
5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.
  - No existe información
6. ¿Cómo mantiene los cambios?
  - Se hace seguimiento de indicadores y recordatorios al equipo.
7. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.
  - Se documentan las reuniones clínicas
  - Se usan hojas de toma de conocimientos.

**Sección 4: necesidad de indicadores**

1. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?
  - Requerimiento de ventilación no invasiva.
  - Intervenciones de kinesiología.
  - Porcentaje de derivaciones a hospitalización domiciliaria
  - Pertinencia de la derivación a otros hospitales
2. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.). CUALES SON LAS BARRERAS QUE IMPIDEN SU CALCULO HOY.
  - El tiempo y recursos humanos necesarios para calcularlos y analizarlos
3. ¿Qué indicadores de los actuales usted dejaría de calcular?
  - No existe información
4. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
  - No existe información

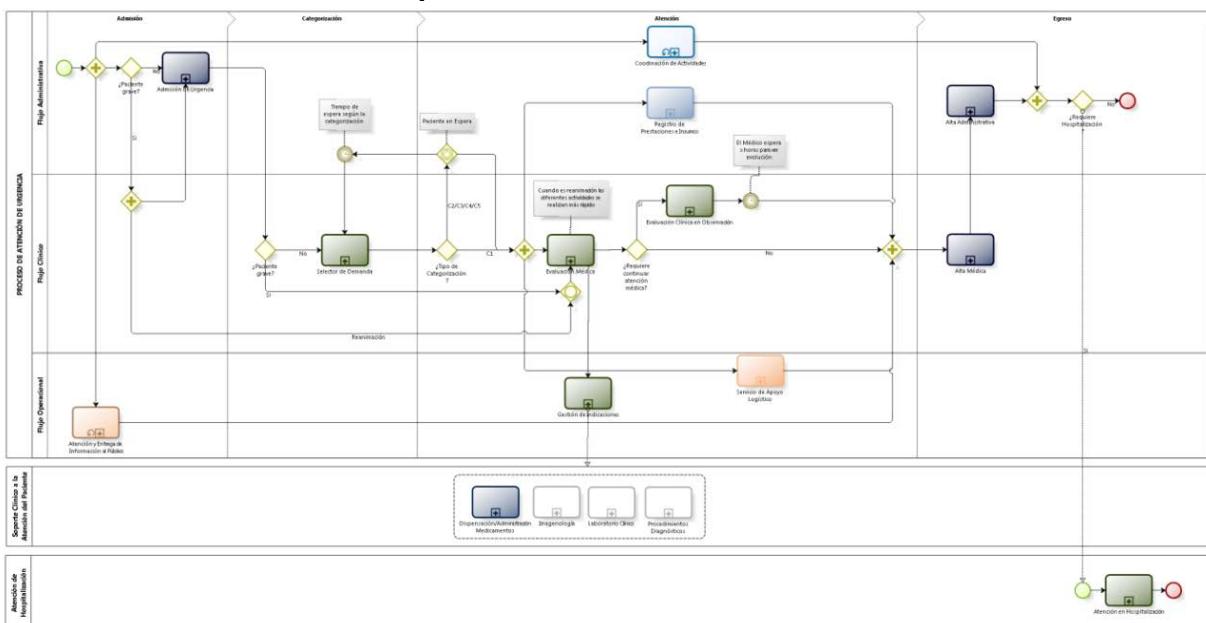
5. ¿Cuál es su opinión, en cuanto a factibilidad, pertinencia y utilidad, de los siguientes indicadores? (se muestran los indicadores que se originan de este proceso de consultoría).

- No existe información

**Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

Parámetro					Observaciones
Elemento/Componente/Estrategia evaluado					
¿Dispone de un diagrama o documento similar a este en el servicio?	<b>Sí X</b>	No	No responde / No sabe	No corresponde	Libro de fluograma
¿Existe un proceso propio de la Red de Urgencia?	<b>Sí X</b>	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio del establecimiento?	<b>Sí X</b>	No	No responde / No sabe	No corresponde	Adaptado
¿Cómo se deciden eventuales modificaciones al proceso?	Jefe				
¿Cómo se difunden las eventuales modificaciones al proceso?	Por correo o reuniones. Se difunden poco.				
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	<b>Sí X</b>	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?	Al año se vencen. Los jefes actualizan las guías con ayuda de otros especialistas.				
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?	Departamento de calidad.				
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?	Correo, circulares.				

## **Respecto al Proceso Existente**



Fuente: Consultoría de Procesos. MINSAL 2012.

Pauta de cotejo - Observación Coordinación Red de Urgencia

Parámetro					Observaciones
¿Existe el Rol de Coordinador de la Red?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe la instancia de coordinación de la Red de Urgencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Esta instancia o rol está reflejado en el organigrama institucional?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Se realizan reuniones de coordinación?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un calendario de las reuniones de coordinación de la Red de Urgencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un acta de las reuniones o instancias de coordinación?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Se difunden estas actas? ¿A quién o quiénes?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Todos los elementos o componentes de la red de urgencia están representados en las reuniones de coordinación?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Participan pacientes o	Sí	No	No	No	

<b>Parámetro</b>					<b>Observaciones</b>
agrupaciones de beneficiarios en las instancias de coordinación?			responde / No sabe	corresponde	
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?					
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?					
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?					
Hay normas de referencia y contra referencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
Hay procedimientos y/o instancias de seguimiento y control a las derivaciones?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
Comentarios					

**Pauta de Cotejo – Observación (Respondida por Enfermera Coordinadora de Urgencia Hospital El Pino Valeska Veliz Montalba)**  
**Proceso General de Atención de Urgencia**

Nombre: Valeska Veliz Montalba

Profesión: EU

Años de Profesión: 3 años

Cargo: EU Calidad e IAAS Hospital de Rengo

Años en el cargo: 6 meses

Años en el área de Urgencia: 6 meses

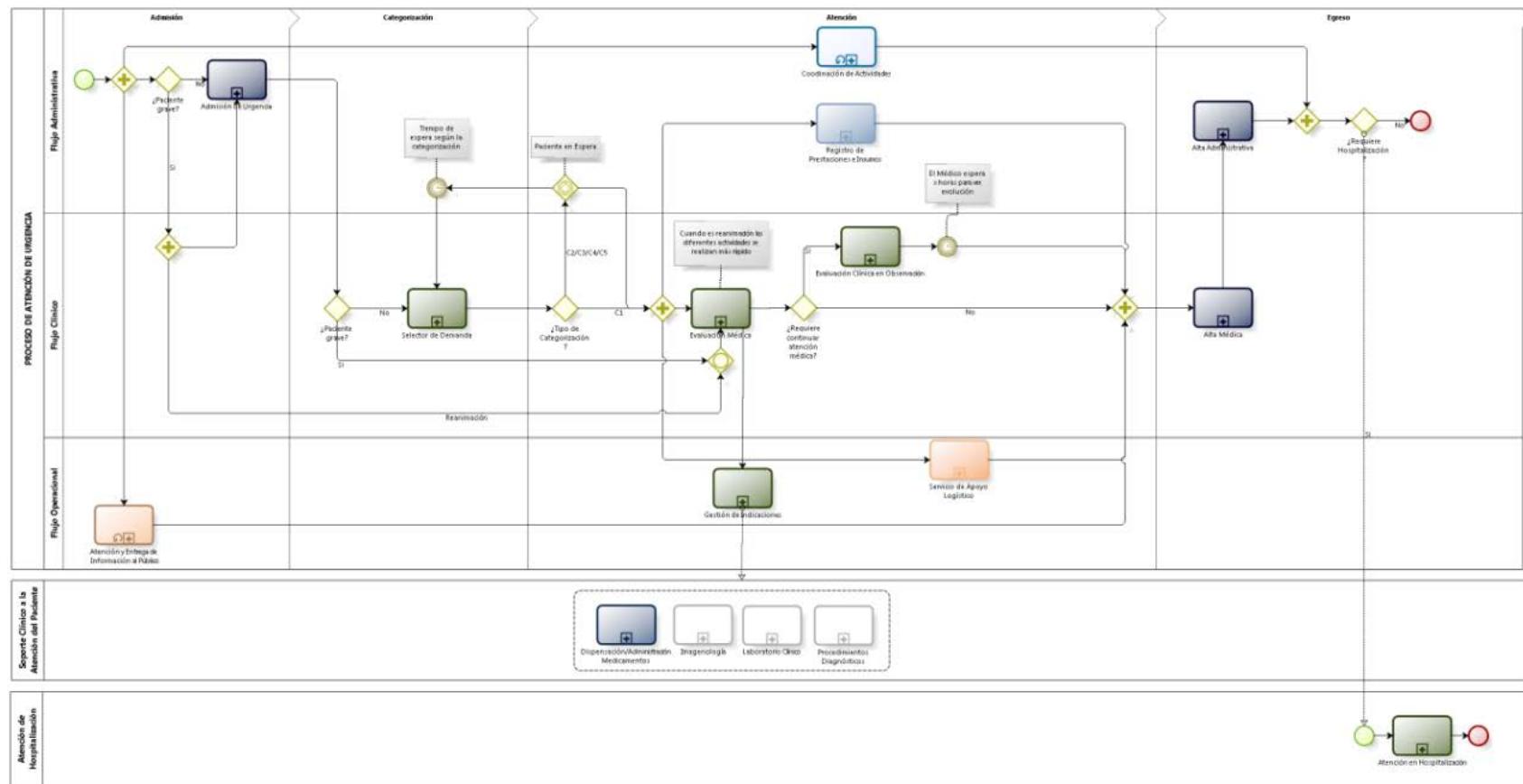
Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

**Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

<b>Parámetro</b>			<b>Hospital</b>		<b>Observaciones</b>
Elemento/Componente/Estrategia evaluado			Urgencia		
¿Dispone de un diagrama o documento similar a este en el servicio?	Sí	<b>No x</b>	No responde / No sabe	No corresponde	Se intentó pero no se terminó
¿Existe un proceso propio de la Red de Urgencia?	Sí	<b>No x</b>	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio del establecimiento?	Sí	<b>No x</b>	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cómo se deciden eventuales modificaciones al proceso?	No hay				
¿Cómo se difunden las eventuales modificaciones al proceso?	No hay				
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	Sí x	No	No responde / No sabe	No corresponde	Son de la red ACV Politraumatizados Agitación-Psicomotora GES
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?	Se hacen reuniones por la red de urgencia y se informan al resto de los establecimientos				
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?	La red de urgencia es el responsable				
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?	En las reuniones y correo electrónico se informan los cambios				

## Respecto al Proceso Existente



Fuente: Consultoría de Procesos. MINSAL 2012.

**Pauta de Cotejo Observación Proceso General de Atención de Urgencia**

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
Admisión de Urgencia	Proceso administrativo, por medio del cual se ingresa al paciente a la atención de urgencia a fin de otorgarle una prestación clínica. A través de este proceso se confirma la identidad del paciente, sus antecedentes previsionales, el plan de salud o convenio para el evento de atención, el área de referencia y el motivo de consulta principalmente.	SI	De acuerdo al estándar.	Paciente C1 ingresa directamente, son de baja frecuencia. Alta frecuencia de pacientes que debieran ser evaluados en el CESFAM, pero prefieren la urgencia. Triage virtual.
Atención y Entrega de Información al Público	Proceso que entrega información a los familiares y acompañantes sobre el estado de salud y otra información relevante asociada a los pacientes que se atienden en un establecimiento de salud.	Si	De acuerdo al estándar.	

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
Selector de Demanda	Proceso clínico que consiste en la aplicación de un instrumento confiable como método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles, para determinar la complejidad de la urgencia. Permite mayor objetividad en el proceso de priorización de la oportunidad de atención clínica de los pacientes	Si	De acuerdo al estándar. Realizado por TENS, con apoyo de enfermería en forma parcial.	Los pacientes que ingresan para curaciones o procedimientos menores, ingresan con categoría C5, lo que puede aumentar la proporción de pacientes de esta categoría en forma innecesaria. Urgencia indiferenciada. Matrona hace la evaluación en caso de ser necesario
Coordinación de Actividades	Subproceso en donde se coordina todo lo necesario para que ocurran las actividades durante la atención clínica del paciente.	SI	De acuerdo al estándar.	
Evaluación Médica	Proceso que consiste en el conjunto de actividades clínicas que se realizan al paciente a cargo de los profesionales de salud (interconsultas, procedimientos, Etc.).	SI	De acuerdo al estándar.	Tres médicos más un refuerzo el día lunes con traumatólogo, debido a la demanda observada para esta especialidad. Pediatra acude desde el servicio respectivo solo en caso de que el médico de urgencia lo solicite.

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
Gestión de Indicaciones Médicas	Proceso encargado de la administración y ejecución de las indicaciones dadas por el médico.	SI	De acuerdo al estándar.	
Dispensación y administración de medicamentos.	Proceso encargado de la gestión de administración dispensación de fármacos e insumos a los pacientes que tengan una prescripción médica.	SI	De acuerdo al estándar.	
Imagenología	De acuerdo a la indicación del médico se realiza un examen de imagen para apoyo al diagnóstico (RX, RMN, Tomografía, etc.).	SI	De acuerdo al estándar.	Disponible solo en horario hábil
Laboratorio clínico	De acuerdo a los exámenes solicitados por el médico se toman las muestras correspondientes y se procede ser analizadas en el Laboratorio Clínico, emitiendo luego el resultado respectivo.	SI	De acuerdo al estándar.	Disponible solo en horario hábil
Procedimientos diagnósticos	Proceso encargado de realizar procedimiento que permitan confirmar diagnósticos como endoscopia, cistoscopia, etc.	SI	De acuerdo al estándar.	

<b>Subproceso / Tarea</b>	<b>Descripción</b>	<b>Normado (Sí – No – No Corresponde)</b>	<b>Descripción</b>	<b>Comentario</b>
Indicación de observación	Proceso encargado de la atención del paciente que al ser evaluado en primera instancia con el médico este decide dejarlo un periodo de tiempo en reposo en el servicio de urgencia con el objetivo de evaluar exámenes o evolución de acuerdo a las indicaciones dadas.	SI	De acuerdo al estándar.	
Registro de prestaciones e insumos	Proceso por el cual se lleva cabo registro y cobro de las prestaciones e insumos.	SI	De acuerdo al estándar.	
Coordinación de actividades	Proceso administrativo que tiene como finalidad preocuparse de que se gestionen los puntos críticos existentes en la atención de Urgencia.	SI	De acuerdo al estándar.	
Alta administrativa	El Subproceso administrativo, por medio del cual, se genera toda la documentación respectiva para el alta o derivación del paciente. También se realiza el cobro de las prestaciones.	SI	De acuerdo al estándar.	

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Alta médica	Proceso por el cual el médico realiza el egreso del paciente esto incluye diagnósticos, resumen de la hospitalización, indicaciones al alta y registros estadísticos obligatorio	SI	De acuerdo al estándar.	
Atención de hospitalización	Proceso encargado de la atención clínica de los pacientes que de acuerdo a su estado requieran estar hospitalizados.	SI	De acuerdo al estándar.	

### Observaciones generales

Tres médicos de turno.

Días lunes hay cuatro médicos en turno más 1 traumatólogo en la jornada de la mañana para resolver la demanda asociada.

Una enfermera en cuarto turno.

Una enfermera clínica de 8 a 17 horas.

Una enfermera en gestión de 8 a 17 horas.

Cinco TENS en cuarto turno.

Un TENS de 8 a 17 horas.

Un TENS en la sala de yeso.

### Anexo 2.2.: Entrevistas realizadas en el SdS O'higgins.

#### Entrevista a Dra. María Angélica Moreno Subdirectora Médica SSO

#### Datos del Entrevistado

Profesión: Médico Cirujano.

Años de Profesión: 25 años

Años en el cargo: 16 años

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero: todas

#### Área operacional clínico asistencial

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?

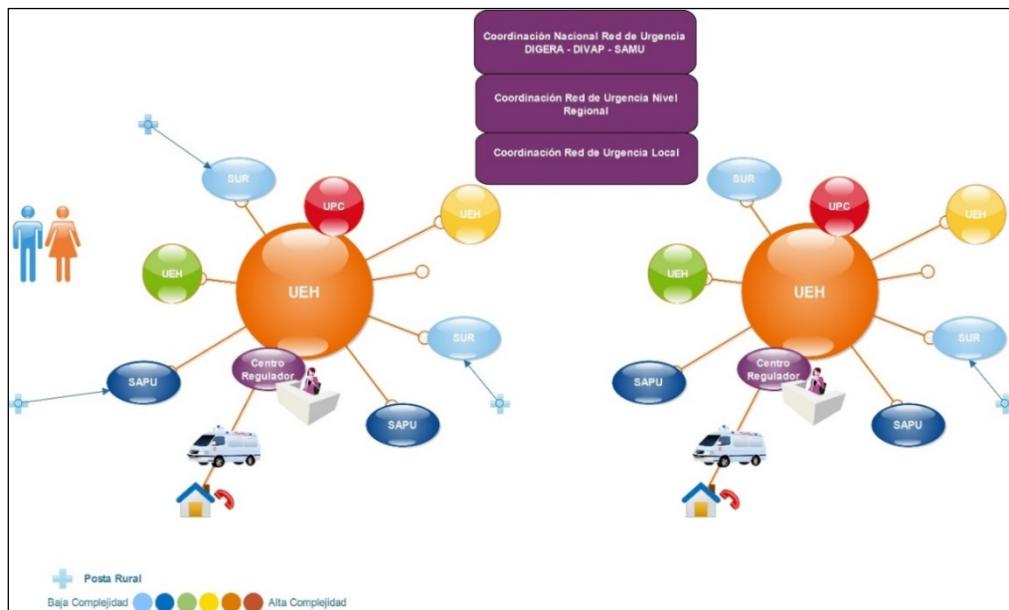
En la subdirección existe una planificación por procesos no por programas por ello contamos con unidades que se encargan de la atención cerrada, abierta y otra que se encarga de la atención prehospitalaria y de urgencias, con la figura del coordinador regional de la Red de Urgencias a cargo, EU Boris Moreno.

2. ¿Reconoce el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo en el siguiente esquema?, señalar Si o No.

Dado que se trata de la dirección de servicio que tiene que ver con todas los ECE mostradas se omitió esta pregunta.

En el caso de **Si**, favor de señalar.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.



3. ¿Cómo se relaciona con otras instancias de la red asistencial?

La Subdirección de gestión asistencial (SDGA) es el brazo operativo del gestor de red, nos hacemos cargo de realizar un diagnóstico acabado de la demanda, para racionalizar y flexibilizar la oferta para dar respuestas oportunas a los usuarios.

4. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes en el lugar donde desarrolla su trabajo?

Hay un Coordinador de la Red de Urgencias Regional, que es el jefe de atención prehospitalaria, emergencias y urgencias. Este departamento se hace cargo de los casos de riesgo vital, los departamentos de Atención abierta y cerrada se hacen cargo de las necesidades de los usuarios consultantes, tanto los que necesitan hospitalización como los que consultan ambulatoriamente, las necesidades de ambos son muy distintas, por ello hemos separado los procesos en la gestión y no lo hacemos por niveles de complejidad como en el resto de los Servicios.

La red de urgencia los niveles de complejidad no son asimilables, puesto que si sufres un paro cardiorrespiratorio en Paredones o en Rancagua la respuesta debe ser la misma.

Las distancias y las conectividades en la región son un tema complejo por ello separamos en áreas de resolución, para mejorar la respuesta ante las emergencias.

Hay espacios de encuentro de la red de urgencias periódicamente, queríamos hacerlo cada mes, pero son ahora cada 2 meses.

Hay CIRAM y CIRA son otros espacios de análisis de la red.

CIRAM (Consejo Integrado de la Red Asistencial de la Microárea) son de las microredes que componen la región: Cachapoal, San Fernando, Carretera de la Fruta, Santa Cruz.

CIRA: (Consejo Integrado de la Red Asistencial) participan un consejo acotado puesto que sus integrantes son muchos, esto no da cuenta siempre de la complejidad de la red. Por ejemplo la participación del área privada es solo para Rancagua, en el resto no existe prácticamente actividad privada. No es igual que Santiago, la relevancia del privado en la región no tiene la envergadura que en la capital del país.

#### 5. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?

CIRAM: mensuales

CIRA: semestral pero por las necesidades se plantea hacerlo cuatrimestral.

TeleMedicina: hay Urgenciólogos prestando asistencia al los médicos en Urgencias de menor complejidad. Además de la asistencia al colega en el hospital de menor complejidad se gestiona el rumbo que debe tomar el paciente analizado. Así si hay una urgencia en Lolol, se recibe la ayuda para la fase aguda y si es necesario derivar se gestiona para resolución en subagudo con otros componentes de la red, guiados por Telemedicina. Para Telemedicina se usan todos los medios: Skype, WS y estamos implementando los "Arturitos" que son dispositivos de comunicación remota que transmiten datos e imágenes de alta fidelidad que permite observar elementos de clínica de los pacientes (ictericia, ingurgitación yugular, entre otros) para los observadores detrás de la pantalla, permitiendo participar de los procesos de diagnóstico usando elementos clínicos objetivos.

#### 6. ¿Qué tipo de responsabilidades tiene en esta instancia?

Discusión e integralidad de la red.

#### 7. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia?

CIRA tienen un rol asesor, según el decreto 140 que lo norma, sin embargo dado que se trabaja con los técnicos en la preparación de cada consejo, pues trabajan con los integrantes de las instancias, las juntas tienen carácter más resolutivo.

Si bien las decisiones No son necesariamente vinculantes, se intenta que los procesos de participación sean cada vez más vinculantes.

#### 8. ¿Cómo se toman las decisiones?

Originalmente las decisiones se toman en el MINSAL o en la Dirección de Servicio. Hoy las soluciones de la red de urgencias no se pueden tomar entre todos los sectores pues cada vez son menos las figuras estables, eso dificulta la acción.

Por ejemplo la decisión de generar una UTI/UCI en Rengo viene desde el recinto, al constatar la necesidad de las camas, ver que la evolución como centro asistencial depende de una visión de futuro donde se amplíe su oferta de servicios, además coincide con que en Rancagua están las únicas camas complejas de la región. Todo esto coincide con el terremoto y la necesidad de tener una red más resolutiva en otras localidades que no sea Rancagua. Todos estos elementos son tomados por el ministerio que quiere a priori la expansión de la resolución de la región hacia otras localidades, entonces si bien la idea es

de rengo, MINSAL ya tenía vislumbrado que se debía mejorar la resolución de hospitales de menor complejidad que Rancagua.

Es interesante constatar que las reuniones con los distintos estamentos de la red de urgencia levantan distintas necesidades, por ejemplo, cuando se junta la red de urgencia, se da por entendido que son las urgencias grandes o más complejas las que llevan el tenor de la reunión. Nos juntamos con los EDF (Médicos en etapa de destinación y formación) que trabajan en las urgencias y nos encontramos que era un problema los carros de paro: no tenían sus fármacos completos ni estandarizados, o las estructuras estaban disfuncionales. Se acordó normar para todas las urgencias de la región un carro de paro de similares características y contenido, se gestionaron los recursos y se realizó la mejora. Esta decisión se tomó en conjunto con los EDF.

9. ¿Son decisiones unipersonales o grupales?

La participación es el sello de nuestro Director, por lo que las decisiones se toman lo más conjuntamente posible. Pero la participación es amenazante también, se exponen las sensibilidades y se amenazan las cuotas de poder, se está más expuesto.

10. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas?

Las mismas reuniones, también medios de comunicación redes sociales, se hacen capsulas informativas en la página Web.

Tenemos una escuela SAMU donde se capacita en técnicas de reanimación para toda la población de la región, no solo quienes forman parte del equipo de salud, ósea los bancos, supermercados y todos quienes formen parte de la comunidad en maniobras básicas. Para los equipos de salud queremos implementar una capacitación en maniobras avanzadas de reanimación pero como formación de grupo, de equipo.

11. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.  
No existe una vía oficial, hay vías indirectas por las cuales se constata que la información se ha dado.

También hay actas de las reuniones que se socializan. Las actas tienen distintas calidades. Estas actas están digitalizadas en su mayoría, y son requeridas por el MINSAL (las actas de CIRAM).

En todos los CIRAM existe algún tema de urgencia conversado, pero no existe un CIRAM de urgencia propiamente tal.

En el caso de **Si**, favor de describir la medida.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

12. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?

No existe un sistema de información propiamente tal pero hay registros de varios lenguajes que brindan información. Es un desafío unificar la comunicación.

Hay algunos registros que tienen que ver con necesidades puntuales.

Tampoco contamos con personal que haga cruces de los datos, entonces tenemos datos pero no información.

Hay miradas que tienen que ver con el funcionamiento de la Urgencia como unidad (lo que sucede dentro de la Urgencia), y otras que lo ven como parte de un complejo que soluciona el problema del paciente, es decir que la Urgencia es un hito que se relaciona con otros para la solución del problema del paciente. Entonces la gestión de camas, el funcionamiento de la UPC tienen que ver con la red de urgencias, pero no son su parte medular.

Lo que se mide hoy no es muy fino, estamos midiendo funcionalidad más que éxito de las intervenciones. Es por ello que telemedicina nos permite mucha mejor información, sigue el ciclo del paciente sabemos cuándo ingresa y cuando se va, hay que mirar los registros.

13. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la instancia.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

NO, puesto que la visión más generalizada (de la ciudadanía y de muchas personas, salvo nosotros) es que la Urgencia es parte de un establecimiento, la discusión se genera desde el establecimiento, los consejos ciudadanos aportan bajo la mirada del establecimiento, no de la Unidad de Urgencias propiamente tal.

14. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?

El funcionamiento ante las emergencias como Macrored con Maule, no funciona de la forma como se hace en otras instancias, para las Emergencias Salud se pone a disposición de COE (Centro de Operaciones de Emergencia) regional, ahí participan SEREMI y Dirección de Servicio, y hay alguna pugna de poder entre ambas instancias, se cree que la SEREMI es la autoridad máxima en salud, se desconoce que el Servicio debe pertenecer a este COE, puesto que la Dirección participa desde el diagnóstico del problema, sus causas y también sus soluciones.

Hay COE locales también.

Por ejemplo cuando hay desastres naturales en cualquier parte del país nos ponemos a disposición de MINSAL, para la tragedia del norte nosotros organizamos los voluntarios y se les dio las facilidades para acudir al norte, se les mantuvo el sueldo por los días del voluntariado.

15. ¿Conoce los indicadores por los cuales se mide el desempeño en la red de urgencia?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir los indicadores.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Si, existen mediciones de los tiempos de espera, categorización, en la región se categoriza en toda la red, tanto primaria como de mayor complejidad.

El dato esta pero la captura del dato.

Los DAU están electrónicos en la mayor parte de la red, un par de establecimientos no lo tienen electrónico, entre ellos Rancagua.

Los datos los tiene Boris Moreno, en Estadística también hay datos, esta la glosa 4, REM 20, Ximena Duarte también maneja información de la red.

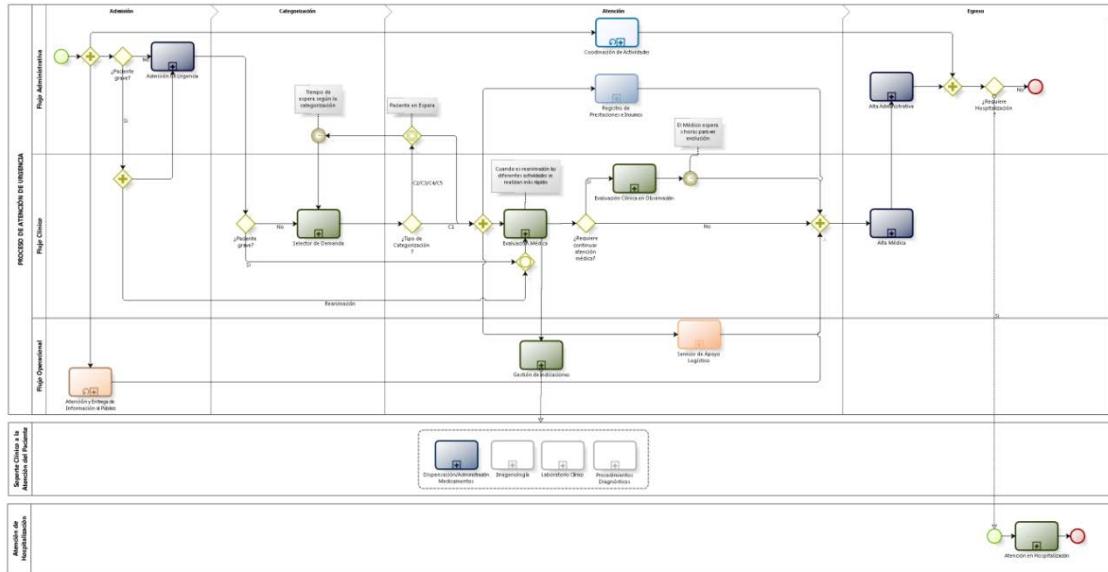
16. ¿Cómo se definen los indicadores por los cuáles se mide el desempeño de la red de urgencia?

Son impuestos por el MINSAL.

### Pauta de Cotejo – Observación Proceso General de Atención de Urgencia

Parámetro				Observaciones
Elemento/Componente/Estrategia evaluado				
¿Dispone de un diagrama o documento similar a este en el servicio?	X			Hay muchos diagramas. Hay diagramas de la escuela de Cesar Bravo de la Católica. Estaría disponible. Solicitar a Boris Moreno
¿Existe un proceso propio de la Red de Urgencia?	X			Si se cuenta con ello Gerardo es el jefe de Finanzas.
¿Existe un proceso propio del establecimiento?	X			Conversar con Boris Moreno.
¿Cómo se deciden eventuales modificaciones al proceso?				
¿Cómo se difunden las eventuales modificaciones al proceso?				
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?				
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?				
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?				
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?				

### Respecto al Proceso Existente



Fuente: Consultoría de Procesos. MINSAL 2012.

Diagramas del proceso general de la atención de urgencia, tenemos diagramados los procesos de Cesar Bravo, (EU católica, SAMU).

**Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de las actividades de seguimiento, monitoreo y evaluación que utiliza cada ECE de la Red**

**Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

1. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.

El Sr. Boris Moreno cuenta con la información.

**Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?

Al no existir un sistema de información la recopilación de los datos no necesariamente esta siendo observada, la consistencia o la robustez de los datos no tenemos como confirmarla. Ahora son datos que son orientadores, la precisión no se indaga dados los mismos problemas de carencia de sistema único de información señalados antes.

2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.

Mensual, en la mayoría.

Particularmente en campaña de invierno los datos con los que se trabaja con rezago de un día o días.

3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión de su unidad?

Para la campaña de invierno la información permite generar flujos diferenciados, hacer reconversión de camas, etc. Este programa funciona muy bien, y nos permite a través de los datos hacer múltiples gestiones. Desde el MINSAL nos contaron que van a hacer de la campaña de invierno un programa nacional, sin embargo me parece que el éxito de la campaña radica justamente en su característica de campaña, con principio y fin, esto mantiene a la gente motivada y los planes se ejecutan bien. Si se trasforma en un programa pierde esta característica, se puede perder la rigurosidad. El área neuroquirúrgica tiene gran desarrollo en la región, se hacen trombolisis neuroquirúrgica con Tecnecteplase, lo cual está concesionado, debemos ahora medir los resultados.

4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?

Digitadores.

5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?

Hay poca eficiencia en la digitación. La urgencia tiene una dinámica distinta, tienen poco personal para la captura del registro, los TENS de urgencia son recepcionistas, controlan signos vitales, son OIRS, en fin, hacen de todo. Esto sobre todo en los hospitales más pequeños. Esto no solo es sobrecarga, genera una falta de continuidad en lo que estaba haciendo, y se castigan las labores administrativas.

6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?

Se tomó como opción de región que el trazador de la información es el RUT de las personas. Desde el 2012 se habla del RUT, data puede existir desde el año pasado. La ficha clínica única debe ser a través del RUT.

### Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua<sup>223</sup>

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.

Si, hemos aprovechado en esto las iniciativas del MINSAL. El Hospital Regional empezó a categorizar, se viola real dimensión del C4 y C5, y aparecen los SAUD, entonces nos sirvió mucho. En la región el SAUD no se botó, pues acá funciona dado que su ubicación geográfica es al lado de la urgencia de la UEH. Nuestro SAUD cuenta con una anfitriona, que se encuentra en la UEH, es Psicóloga. Ha sido un aporte, financiamos hoy con recursos propios.

2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?

Si vemos que hay señales de hacer cambios, y no hay un programa u orden desde el MINSAL tendiente a abordar lo que se demuestra necesario, se generan proyectos, si son de inversión se generan proyectos de inversión. Ahora estamos tratando de hacer una identificación más precisa de los pacientes cardiovasculares, del programa cardiovascular que son pacientes frecuentes de las urgencias, para ayudar a la APS.

3. ¿Quién los definió?

Para fines de Urgencia el concepto de Red recién se instala, por ello cuando vemos procesos con problemas o se levanta una información que algo no funciona bien, se intenta medir, pero más que el proceso formal hay mucho de inspiración en ello: notamos el problema, nos inspiramos y lo tratamos de medir.

La carencia de un único sistema de información no nos permite tener la mirada amplia que necesita una eventual respuesta ante un indicador que se cae.

Hoy no puedo tomar decisiones en Urgencia a través de indicadores que no perciben que hay déficit de personal, que hay cargo 28hrs vacíos, que hago compras de servicio, en fin y otros arreglos que se hacen para dar el servicio pero que no siempre tienen elementos de calidad incorporados. Todos esos elementos tengo que incorporarlos en el análisis, no salen automáticos al constatar el resultado del indicador.

La urgencia hoy funciona como una red desarticulada, independiente de la atención abierta, mucho más vinculada con la Atención Cerrada pues hoy es así: se necesitan más camas de hospitalización por que la Urgencia está ingresando más pacientes. esto en vez que la urgencia se preocupe del paciente crónico descompensado que esta llegando porque muy seguramente no consulta en la APS, y ellos solo resuelven sus problemas de salud en la urgencia. Si tuviéramos esas claridades ya esas mediciones serían para la gestión, pero lo que medimos hoy es para arreglar una parte del proceso, algo que todavía no está completo.

---

<sup>223</sup> Este grupo de preguntas son para dilucidar cómo se utiliza la información entregada por los indicadores para mejorar la calidad de los servicios realizados por cada elemento/componente/estrategia.

La corrección del arsenal farmacológico de los carros de paro surge a través de la evaluación de calidad, es decir que es lo mínimo que debemos tener para el enfrentamiento de un paro cardiaco, más que de indicadores surge desde la conversación.

#### **Sección 4: necesidad de indicadores**

##### **1. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?**

Los indicadores de urgencia yo los mediría fuera de la urgencia, por ejemplo mediría morbitmortalidad en las UCI y otros servicios clínicos si no tengo un buen sistema de urgencia o un buen sistema de transporte que alimento a la urgencia tendré cifras más bajas de sobrevida, esto más allá de la patología de base. Es decir un paciente cuya morbilidad amerite una hospitalización en cama intermedia, luego de su paso por la Urgencia lo termino hospitalizando en una cama UCI, o se mueren en las primeras 24 a 48 horas en los servicios clínicos, luego de su paso por la urgencia, y esto lo mediría diferenciado por turnos, por horario de trabajo: medir eficiencia.

La urgencia cuando se mide en el momento te da cuenta del proceso que no necesariamente dan cuenta de la calidad. La urgencia no es solo una puerta de entrada es una puerta que hace la diferencia entre la vida y la muerte cuando hay riesgo vital. Por eso es ideal armar urgencias lo más lejos posible de Rancagua, pues ahí hay que dar la oportunidad.

Además tenemos otro problema: las camas críticas y los apoyos diagnósticos están en Rancagua. A contar del próximo año tendremos camas critica UTI en Santa Cruz, en Rengo y tendrá UCI en San Fernando, tendremos Scanner en Santa Cruz y San Fernando y se ha dispuesto del traslado de especialistas hacia el secano costero. Por ello hoy estamos apostando a disminuir la gravedad de los pacientes que lleguen hasta Rancagua. Puesto que habría una atención más oportuna y una coordinación de la especialidad con la APS y medios de diagnóstico más cercano. Mientras todo este en Rancagua seguirá el colapso, los pacientes seguirán llegando con mayor gravedad y nos demoraremos más en solucionar su problema de salud. Entonces nos volvemos locos tratando de sacar pacientes compensados de Rancagua a los Hospitales de menor complejidad.

Este cargo es complejo desde el punto de vista que tienen que verte empoderada, no hay nada peor que la parte administrativa te pautee, es decir tu prioridad la establecen otros y no la demanda del usuario.

Hasta hace algún tiempo nosotros solo sabíamos que no le servíamos al usuario, pero no sabíamos que era lo que ellos esperaban de nosotros, ello lo sabemos a través de la planificación estratégica y participativa, hemos trabajado en foros con la ciudadanía, incluso con personas mas allá del consejo de desarrollo, no solo con la élite participativa, trabajamos con el funcionario, los jefes de servicio. Ha sido lento y permanente. Esta es una demanda tan sentida de la gente y tan poco escuchada que cuando nos sentamos a hablar aparecen las soluciones que ellos perciben, entonces nos equivocamos de nuevo, por ejemplo la gente de Pichilemu quiere especialistas, entonces les mandamos al especialista, y no solucionamos el problema, pues lo que realmente se necesita es una oportunidad o un acceso, entonces puedo tener al especialista acá y allá un tremendo equipo capaz de coordinarse con el especialista y se resuelve el tema allá y rápido.

El acceso oportuno es el gran problema tienen que ver con distancia y con la mentalidad de la red, que funcione como Red. Mientras mas dispositivos de salud abrimos la gente

más acude a la urgencia pues ahí te ve el médico, te toma exámenes te dice lo que tienes y lo que debes hacer, todo en la misma atención.

Tengo muy grabada la entrevista a las personas que acuden a Tacna a recibir atención y declaran que en un circuito muy corto le hacen todo, los tramitan menos y a bajo costo.

La red pública tiene el tema del tiempo extendido.

Esto no funciona como red: es decir el paciente sale del Cesfam y se va a la urgencia, entonces es problema de la urgencia y luego en la urgencia le dicen pero como! Ud viene del Cesfam y no hay relación entre ellos.

### **Pauta Análisis de Procesos y Subprocesos Atención de Urgencia**

#### **Sección 1: Datos Establecimiento**

Identificación del Establecimiento:

Descripción general:

Población asignada (2009-2013):

Dependencia Administrativa:

Dependencia interna:

Dependencia financiera y presupuestaria:

Centro de referencia del Establecimiento:

Centros de derivación:

#### **Sección 2: Levantamiento de procesos**

a) Descripción del Proceso Productivo atención de urgencia en ECE (general)

Admisión de Urgencia:

Atención y Entrega de Información al Público:

Selector de Demanda:

Coordinación de Actividades:

Evaluación Médica:

Gestión de Indicaciones Médicas:

Indicación de Observaciones:

Servicio de Apoyo Logístico:

Registro de Prestaciones e Insumos:

Alta Administrativa:

Alta Médica:

Documentación de respaldo:

(Solicitar)

b) Descripción del mapa de proceso y subprocesos asociados (consultora)

Documentación de respaldo:

(Solicitar)

#### **Sección 3: Descripción de los recursos físicos asociados al ECE**

Metros cuadrados construidos:

Número de box de atención:

Número de box dentales:

Número de camas de observación (que dependen de la UEH):

Número de ambulancias y horarios disponibles ECE:

Número de recursos equipos de diagnósticos y de apoyo (rayos X, laboratorio, ecografía, electrocardiógrafos, electroencefalograma)

Documentación de respaldo:

(Solicitar)

#### **Sección 4: Levantamiento Procesos Presupuestarios**

1. ¿Existe un proceso de elaboración de Presupuesto para cada ECE?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir y mapear el proceso del presupuesto.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

2. ¿Existe un sistema de control presupuestario para cada ECE?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de control presupuestario.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

3. ¿Existe periódicamente algún reporte del total de gastos realizado por cada ECE?, señalar Si o No, y ¿cuál?

En el caso de **Si**, favor de describir el(s) reporte(s) del total de gastos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

4. ¿Dispone de sistemas de información y /o estadísticos sobre los cuales se puede llegar a determinar los costos de los productos y/o servicios de cada ECE?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de información y /o estadísticos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

## **Entrevista a Sr. Boris Moreno Coordinador Regional de la Red de Urgencias de la Región de O'Higgins**

### **Área Operacional (Clínico – Asistencial)**

Profesión: Enfermero

Años de Profesión: trece años

Cargo: Coordinador de la Red de Urgencia

Años en el cargo: tres años

Años en el área de Urgencia: Diez años

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

### **Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?

El MINSAL define el rol como: Desarrollar coordinación de la Atención de Urgencia incorporando todos los componentes de esta Red.

Tareas específicas: Crear procesos que no estaban pauteados, direccionados. Antes de existiera la figura de coordinador de Red, cada hospital hacia su propio desarrollo, no había una protocolización de los procesos.

Velar con la supervisión de ciertos dispositivos: la unidad de emergencia ejecutando el proceso de demanda, Sapu cumplan convenios de APS, Proceso de referencia y contra referencia.

2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.**)

Reuniones de coordinación divididas por hospitales, micro áreas de Cachapoal, Carretera de Fruta, Cardenal caro y San Fdo.

Comunicación atreves de correo electrónico.

3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?

Reuniones trimestrales

4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero**)

Protocolización clínica de referencia y contra referencia. Organizar el lenguaje común de categorización de demanda de C1 a C5 para la accesibilidad y oportunidad a la atención.

5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (**Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza**).

Son alineamientos que da el Ministerio específicamente en gestión de cama, donde manda crear un sistema de indicadores que permita un criterio de toma de decisiones, cuando encuentres paciente en espera de camas de 12 horas y luego se consensua entre todos

6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas? (**Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.**)

Correos electrónicos, asesores educativos, link de la Red de Urgencia (pagina web).

7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la medida.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

No, no se ha evaluado.

La apreciación es que las personas lo leen y lo revisan la pagina web, ya que siempre citan los protocolos.

8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?

Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?

Si, por alineamiento ministerial se ha incorporado Dau electrónico desde el 2013, que permite tener el perfil evaluador y sacar un perfil indicador (menos el HHR).

9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la instancia.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

No, no hemos llegado a ese nivel

10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?

Hemos tenido "evento de múltiples victimas", pasa algo anecdótico donde uno ve esta Red muy tensa, que no tiene camas, pero cuando pasa algo con esas características los equipos están tan entrenados y se resuelve solo con los insumos nuestros.

Se hacen contingencia para fin de semana largo

## **Instrumento de Indicadores**

### **Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de las actividades de seguimiento, monitoreo y evaluación que utiliza cada ECE de la Red**

Se aplicará un cuestionario semi-estructurado a los Coordinadores Locales de la Red de Urgencia, con tres fines principales.

En primer lugar, conocer todos los indicadores que usa cada ECE en su proceso de control de gestión.

En segundo lugar, se busca indagar acerca de la calidad de los indicadores utilizados.

Finalmente, se busca dilucidar si estos indicadores son usados de manera efectiva como partes de un proceso de mejora continua, es decir, si es que generan cambios positivos en la calidad de cada ECE.

La propuesta de cuestionario es la siguiente:

#### **Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

1. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.

Se solicitan los indicadores.

#### **Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?

Son datos de la unidad de urgencia de mayor complejidad son confiables.

Otro dato confiable son los de plataforma FONENDO de los DAU electrónicos, que permite monitorizar las principales categorizaciones y poder evaluar la capacidad resolutiva de los establecimientos.

2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.

Son en SAMU, por una plataforma Excel creada por los operarios.

También en el SUR.

3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión de su unidad?

Son más claros los que aportan los centros de emergencia mayor complejidad.

Existe una brecha estructural entre hospitales de baja y alta complejidad.

4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?

Lo que va al REM lo hace el admisionista, pero lo que va a la plata forma de UCCG central lo registra el Enfermero Supervisor de cada dispositivo.

En la plataforma FONENDO lo ingresa en línea todo el personal.

5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?

Ventajas: tener datos claros para analizarlo, que sean información de manera oportunamente y tomar decisiones claramente para la gestión de la red de urgencia.

Desventajas: el no tener a los digitadores capacitados sobre la calidad del registro, ya que cuesta analizar la información por no ser estándar.

6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?

Solamente unidades de emergencia hospitalaria, los que tienen FONENDO o sistema informático, en los SUR Y SAPU es compleja por la administración Municipal.

**Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua<sup>224</sup>**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.

Han permito aportan en ciertos proyectos de cierre de brechas, indicadores de costo por pago de pacientes en el extra sistema, en relación de la deuda del 2012 que bajaron al 2014, donde se mide número de días estadía en el extra sistema.

El número de traslado de ambulancia: datos de traslado, kilometraje comunas para incorporar la adquisición de ambulancia.

Por último la guía Ges IAM, que señala que todos deberían hacer trombolisis incluyendo SAPU y servicios de menor complejidad, pero no se hace. Ahora se están comprando unas bombas de infusión.

2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?

Se han escuchado a nivel directivo y monitorizar.

3. ¿Quién los definió?

El Ministerios.

4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?

Se analizan los indicadores y se compara versus el costo económico.

5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.

6. ¿Cómo mantiene los cambios?

7. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.

Se le solicita observar y sancionar el archivo Excel adjunto sobre indicadores propuestos. Estos han sido elaborados en base a recomendaciones de expertos, datos técnicos y literatura extranjera, en las columnas de la derecha puede poner sus comentarios. Se le agradece su opinión.

---

<sup>224</sup> Este grupo de preguntas son para dilucidar cómo se utiliza la información entregada por los indicadores para mejorar la calidad de los servicios realizados por cada elemento/componente/estrategia.

## Instrumento de Finanzas y Presupuesto

### Levantamiento Procesos Presupuestarios

1. ¿Existe un proceso de elaboración de Presupuesto para el Servicio, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir y mapear el proceso del presupuesto.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
Si, para el Servicio y la red asistencial.  
En urgencia no, pero si logramos crear un marco presupuestario para SAMU.  
Se solicito al sub dirección administrativa elaborar resolución que elaborara un presupuesto para distintas áreas, con esas misma base se solicito incorporar un presupuesto para SAMU.  
El servicio tiene un instructivo. (Se solicita instructivo de presupuestario)
  
2. ¿Existe un sistema de control presupuestario para el Servicio , señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de control presupuestario.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
El Administrador Publico hace este cuadro de mando integral, nos avisaba si había un descontrol.  
Reportes mensuales donde se toman decisiones. (Modelo de Erika Drogueyt para control presupuestario)
  
3. ¿Existe periódicamente algún reporte del total de gastos realizado por el Servicio?, señalar Si o No, y ¿cuál?  
En el caso de **Si**, favor de describir el(s) reporte(s) del total de gastos.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
De punto de vista SAMU informaba la cantidad de: horas extras mensuales, numero de viáticos, gasto de mantención, reparación, fondo fijo y gastos operacionales (enviar en reporte)  
En el Servicio no se encuentra este método.

### Preguntas sobre SAMU

1. ¿Cuáles son los recursos materiales con que Ud. cuenta para desarrollar sus funciones?  
Centros regulador en Rancagua, central telefónica e informático que funciona 24-7, con dos telefonistas por turno y se incorpora un tercero con hora extra para tener tres en 24 horas. Cinco computadores que registran las llamadas, que desde ahora incorpora un sistema de call center que es del Servicio.  
(Queda un registro en cola, donde no se pierde el registro y se devolverá la llamada)  
El médico regular da la asesoría telefónica y la asistencia médica a distancia cuando se requiera.  
8 Bases distribuidas en la región: uno en Graneros, dos en Rancagua, una Rengo, una Peumo, una Santa Cruz, una en San Fernando y una en Pichilemu.

2. ¿Cuántos móviles básicos, de mediana complejidad y avanzados? (En total).  
Seis tipos de móviles básico con un conductor y un Paramédico entrenado los cuales son 7 para toda la región. Móviles avanzada uno tres Rancagua, uno en San Fernando y uno en Rengo, que va un Técnico Paramédico y un Profesional no Médico para toda la región.
3. ¿Cuántos están operativos? (En total y según complejidad).  
Los once móviles se encuentran operativos y 7 de reposición, flota de 18 móviles.
4. Describa cada móvil con su recurso técnico y humano.  
Se cuenta con 130 funcionarios en SAMU, entre seis médicos, dieciséis Profesionales no Médico, catorce oficiales administrativo, los otros en Técnicos y Auxiliares.
5. ¿Cuenta con: protocolos de traslado, normas de acción, guías de procedimientos?, (mostrar documentos).  
SAMU tiene manual de organización y manual de procedimiento que hay que actualizarlo que es del 2010 mas menos.  
Lo actualiza la Jefatura Médica y el Enfermero Supervisor.  
Este es un manual local.
6. ¿Cuál es el tiempo aproximado de respuesta a la emergencia?  
Existe un seguimiento que no es muy bueno, con un promedio en zona urbana de cuatro a cinco minutos y zona rural bordeando doce minutos de respuesta.
7. ¿Nota problemas de conectividad vial, por inclemencias del tiempo o dificultades para el ingreso nocturno a alguna zona de su jurisdicción?  
Aquí hay sectores rojos de población, cual se ingresa con apoyo de Carabineros y si no ha llegado no se ingresa al lugar, medida que se tomo por agresión a funcionarios.
8. ¿Nota alguna necesidad material que no esté cubierta? (si su respuesta es afirmativa, por favor cite algunos ejemplos).  
No, ya que se ha bastecido bien, pero faltaría una incubadora de transporte neonatal.  
Hoy se ha incorporado ventiladores, desfibriladores y ropa para los trabajadores.
9. Cuando necesita traslado aéreo ¿cómo es el procedimiento?  
Se implemento por necesidad para cubrir el sector costero un convenio con la minera, pero se detuvo por jurídico: Cuando hay un evento crítico el SAMU metropolitano da el visto bueno y ellos hacen el contacto con el aéreo-policial, lo malo es depender de otro lugar.  
Otros eventos políticos o públicos a través de la ONEMI, por las decisiones gubernamentales por petición del Gobernador o Intendenta.

**Entrevista a Sr. Gerardo Cisternas, Subdirector Administrativo Dirección de Servicio de VI región.**

**Área Financiera**

Consultor:

Datos del Entrevistado

Nombre: Gerardo Cisternas

Profesión: Contador Público y Auditor

Años de Profesión: 10 años

Cargo: Jefe Departamento Finanzas

Años en el cargo: 1 año

Años en el área de Urgencia:

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

Ámbito financiero del Servicio de Salud.

1. ¿Cuáles son los criterios utilizados en la repartición de las transferencias PPI y PPV a los distintos establecimientos de su red?

Producción validada es como la gran variable no obstante se pueden dar a veces casos técnicos de exceso presupuesto que igual se transfiere por concepto de PPV.

Por reasignaciones a mitad de año el presupuesto se reasigna, baja por la línea PPV.

**Introducción**

El sistema de nacional del Servicio de Salud en el fondo es el brazo armado del régimen de Salud, en sus inicios esta la constitución que garantiza el derecho a la vida la salud luego viene la ley del régimen prestaciones de salud el rol del ministerio el rol de FONASA como el asegurador y también es la caja lo que nos financia de ahí bajan los recursos, tanto PPV como PPI de acuerdo a la ley establece un convenio a principio de año con todos los servicios de salud y ese es que manda después sufre modificaciones en función de lo que va ocurriendo en la realidad entonces esos recursos empiezan a llegar marcado bajo esa línea esa lógica y los presupuesto tanto de la dirección como los hospitales bajan siguen esa línea. La PPV con sus dos ramas: la programable, no programable

PPI es una estimación sobre la base de la producción institucional que sale de los REM Reportes estadísticos mensuales, y eso explica hasta un 98% del presupuesto de ingreso del servicio el otro 3% está dado por ingresos propios.

2. ¿Qué incentivos se generan en los establecimientos producto de los distintos mecanismos de pago utilizados por el FONASA en la atención de urgencia?

No tengo la claridad de las prestaciones que están en PPV ya que eso lo conoce cada establecimiento y cuales están directamente relacionadas con las prestaciones que se realizan en urgencias no así el GES si es claro que algunas patologías que se desarrollan en urgencias estas se resuelven y por esto te pago tanto, en PPV no lo tengo muy claro.

Respecto al incentivo no sé si estará dado porque si tú haces un costeo y ahora es un esfuerzo serio de costear urgencias todo indica está saliendo para atrás por lo tanto el costo de equipo de los servicio de urgencia versus que atendemos gran parte de FONASA A y B no tiene retorno ninguno. Si estableces un pago de prestaciones de urgencias y sobre eso basas tu estrategia de atención probablemente vas a desincentivar.

En los últimos años el sistema se pepeabilizo ahí viene una reflexión si como política pública vale la pena colocar una canasta de prestaciones de producción a realizar en el entendido que tu norte no es rentabilizar si no que bajo lo que se puede llamar una rentabilidad social, entonces si vas a colocar el 40% está en razón de lo que tienes que hacer por producción y además te estás desfinanciando los hospitales se enfrentan a que hago si igual tengo que hacer.

### **Presupuesto ámbito Público**

Por ley el estado fija sus prioridades financieras.

El presupuesto está dividido en Ingresos y Gastos, gastos son como 36 solo nombraremos algunos.

Ingresos (1)
PPV -PPI: 98%
Propios: 2%

Gastos (2)
21 Personal - Sueldos
22 Bienes Servicio y consumo -bencina- luz- 50% farmacia
23 Propios del Hospital 20% administrativos
24 APS
Activos Fijos
29 Infraestructura+ mobiliario
31 Inversión Construcción

Presupuesto en Atención Primaria Salud es compartido.

Atenciones de Salud

Departamento de Salud 80%

Establecimiento tipo IV 20% Por que los Municipios no tienen la capacidad o especialidad para prestar esa atención primaria, aquí es donde entra el tema de presupuesto, el Ministerio en su estructura: Ministerio, Subsecretaría Redes Asistenciales que tiene

divisiones la DIVAP División Atención Primaria ellos tiene su propio presupuesto su misión es seguir instalando el modelo de APS. Los Deptos. de Salud que materializan la estrategia mediante: CESFAM, Postas Rurales, CECOF, Consultorios etc. Pero para esto se financia los recursos del Estado bajan a través del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria llegan a nuestra contabilidad como Transferentes, estos recursos son el per cápita que es estimación por inscritos.

Si existe un Municipio que no entrega APS y tiene un convenio con Servicio de Salud se da una vuelta a los recursos se deposita al Municipio y este a su vez nos regresa el dinero.

Del área de Urgencia Municipal desconozco el presupuesto.

3. ¿El Servicio de Salud cuenta con convenios por ECE SAPU y/o SUR con las municipalidades?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir/identificar el o los convenios.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  
4. ¿Qué porcentaje de los recursos transferidos por FONASA para el Programa de Atención Primaria se distribuyen a la APS municipal?
  
5. ¿En qué funciones y/o establecimientos del Servicio de Salud se utilizan los recursos APS no transferidos a las municipalidades?
  
6. ¿Qué mecanismos de control y seguimiento de los flujos de fondos existen en el Servicio de Salud?

### **Área Administrativa/Financiera CDT y Hospitales Pauta Análisis de Procesos y Subprocesos Atención de Urgencia**

#### **Datos del Entrevistado**

Nombre:

Profesión:

Años de Profesión:

Cargo:

Años en el cargo:

#### **Datos Establecimiento**

Identificación del Establecimiento:

Descripción general:

Población asignada (2009-2013):

Dependencia Administrativa:

Dependencia interna:

Dependencia financiera y presupuestaria:

Centro de referencia del Establecimiento:

Centros de derivación:

### **Levantamiento Procesos Presupuestarios**

1. ¿Existe un proceso de elaboración de Presupuesto para su Institución?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir y mapear el proceso del presupuesto.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Todo pasa por DIPRES que depende el Ministerio de Salud.

En el Servicio de Salud lo que se hace del presupuesto ya viene elaborado y reflexionado desde el Ministerio, el ámbito que podemos inyectar mayor cantidad de presupuesto ejemplo comenzar con una nueva especialidad no se realiza, solo se zanjan a nivel de Ministerio y Sub secretaria.

Se envía un presupuesto en base a un infractor del presupuesto anual el año pasado no llegó nada solo enviaron este es el presupuesto estimado antes que lo apruebe la cámara no más que eso, sin apelación.

2. ¿Existe un sistema de control presupuestario para su Institución?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de control presupuestario.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

El presupuesto es una estimación de tus ingresos y gastos la relevancia de la ejecución presupuestaria va por el lado de los gastos los ingresos son estimaciones no tienen mucha influencia pero el gasto es restrictivo no puede gastar más que eso y particularmente las glosas son especificaciones presupuesta, salud asciende de los marcos presupuestarios.

El presupuesto lo lleva hacienda pero la contabilidad la que manda, regula y controla es la contraloría, los ingresos funcionan sobre base percibida, para efectos del presupuesto a medida que se va ejecutando lo que tu muestras es el dinero que ingreso no la que podría entrar llevaría a irrealidades.

Si se registra y muestra los gastos y reconoces que hay que pagar a un tercero no cuando efectivamente le pagas al momento de leer los balances.

En el caso del subtítulo 21 va con un mes con desfase ejemplo horas extras se paga a un mes corrido para explicar los fenómenos del Servicio de Urgencia a través del gasto puede conducir al error.

Se verifica que esto se cumpla luego se informa a nivel central ellos solicitan que se hagan ajustes contenciones pero la realidad esto tiene una inercia de tal volumen que Sigue continuando, si quisieramos contener gastos te preguntas que hospital cierre no es posible.

3. ¿Existe periódicamente algún reporte del total de gastos realizado por su Institución?, señalar Si o No, y ¿cuál?

En el caso de **Si**, favor de describir el(los) reporte(s) del total de gastos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

La plataforma única de gestión financiera es el SIFE, por normativa el sistema presupuestario contable es integrado ejemplo: gasto \$1.000 en medicamentos contablemente tengo un gasto y una ejecución los registros contables se basan en partida doble hay una cuenta que carga y otras que editas cuando se hace el devengo se carga una cuenta presupuestaria donde se reconoce que tengo que pagar \$1.000 a la farmacia en ese momento estoy ejecutando el presupuesto, ahí se integra la contabilidad con ejecución y todos los hospitales hacen eso.

### **Transferencia al sector privado**

Se realizan a una casa de acogida

Las transferencias a privados se regulan a través de un Decreto DFL 36 con fuerza de ley para que se creó para autorizar las transferencias de recursos a entidades que vayan en directa dirección con la misión del ministerio

1. ¿Dispone de sistemas de información y /o estadísticos sobre los cuales se puede llegar a determinar los costos de los productos y/o servicios de su Institución?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de información y /o estadísticos.

Documentación de respaldo (Solicitar)

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

### **Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

1. Entregar todos los indicadores, para el periodo 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.

Indicadores Equilibrio Operacional, es un compromiso de gestión nos dice, queremos que por cada peso operacional para su negocio debe gastar ese peso no más ni menos.

### **Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?
2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.
3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión de su unidad?
4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?
5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?
6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?

**Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua (el objetivo es aprovechar la experiencia y conocimiento de los entrevistados para mejorar el conjunto de indicadores)**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.
2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?
3. ¿Quién los definió?
4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?
5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.
6. ¿Cómo mantiene los cambios?
7. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.

**Sección 4: necesidad de indicadores**

1. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?
2. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.). CUALES SON LAS BARRERAS QUE IMPIDEN SU CALCULO HOY.
3. ¿Qué indicadores de los actuales usted dejaría de calcular?
4. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
5. ¿Cuál es su opinión, en cuanto a factibilidad, pertinencia y utilidad, de los siguientes indicadores? (se muestran los indicadores que se originan de este proceso de consultoría).

**Pauta Mecanismos de Pago Hospitales y CDT**

1. ¿Existe relación entre mecanismos de pago y costo de las atenciones?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir la relación.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
2. ¿Existen incentivos generados por los mecanismos de pago?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir los incentivos y sus mecanismos.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
3. ¿Existen mecanismos de control?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el o los mecanismos de control.

Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.

4. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por PPI y PPV?
5. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por concepto de atenciones de urgencia (PPV)?
6. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento forman parte de alguna canasta GES?
7. ¿Existe un registro independiente para estas atenciones?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de indicar tales registros.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
8. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento no forman parte del Programa de Prestaciones Valoradas?
9. ¿Considera UD. que el valor de las canastas PPV cubre adecuadamente los costos para entregar las prestaciones respectivas (especialmente referido a urgencia)?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
10. ¿Se han realizado estudios al respecto?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
11. ¿A cuánto asciende la recaudación por copagos (en el establecimiento y en particular en el servicio de urgencia)?

#### **Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de las relaciones entre la "Red de Urgencia" y el sector privado**

##### **Para los pacientes que consultan en la unidad de emergencia hospitalaria**

1. ¿Cuál es el Número de pacientes pertenecientes a Isapres que consultan en el Servicio de Urgencia en un año?
2. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes
3. ¿Existe un procedimiento de cobro a pacientes asegurados de Isapres?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

4. ¿Qué se cobra?: es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?
5. ¿Existe procedimiento para el cobro de estos pacientes?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
6. Monto en pesos de las ventas mensuales del servicio de urgencia a estos pacientes.
7. ¿Existe un procedimiento de cobro del SOAP?, ¿El procedimiento considera cómo se cobra?, ¿qué se cobra?, es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?
8. Tiempos promedios de cobro.
9. Número de atenciones a asegurados del SOAP en Urgencias.
10. Diagnósticos de los pacientes asegurados del SOAP en Urgencias.
11. En caso de hospitalización, el número de días de hospitalización de los asegurados del SOAP.

#### **Para los pacientes que son ingresados desde el servicio de urgencia a Hospitalización**

1. Número de pacientes que son hospitalizados
2. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes
3. Motivo de Ingreso: ¿Ley de Urgencia?
4. Promedio de días de estada para estos pacientes
5. ¿Estos pacientes son rescatados por las aseguradoras?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir cómo.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
6. ¿Existe un procedimiento de cobro a pacientes asegurados de Isapres?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

7. ¿Qué se cobra?: es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?
8. ¿Existe procedimiento para el cobro de estos pacientes?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
9. Monto en pesos de las ventas mensuales del hospital a estos pacientes.
10. Tiempos promedios de cobro.
11. Tiempos promedios de pago por parte del asegurador privado.

#### **Compra a establecimientos privados**

1. Número de pacientes derivados directamente desde el hospital y/o Unidad de Emergencia a Establecimientos privados.
2. Establecimientos privados a los cuales derivan.
3. Tipo de camas más compradas.
4. ¿Existe Convenio?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir/identificar el convenios.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
5. ¿Existe procedimiento para la derivación de estos pacientes?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
6. Monto en pesos de las compras mensuales del hospital a prestadores privados dentro del marco de derivación desde la unidad de emergencia; por concepto de: camas por tipo, exámenes imagenología, pabellones.
7. Tiempos promedios de pago al prestador privado.
8. ¿Se realiza algún tipo de Auditoría y/o Control de Calidad por parte del hospital respecto de la atención de sus pacientes derivados al privado?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el proceso de Auditoría y/o Control de Calidad.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.

**Entrevista a Dr. Carlos Ureta  
Subdirector Médico de Hospital de Rancagua**

**Instrumento de Área Operacional (Clínico – Asistencial)**

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista

Hora de inicio: 12:30

Hora de término: 13:55

Entrevistado

Nombre: Carlos Ureta

Profesión: Médico

Años de Profesión: 22 años

Cargo: Subdirector Médico de Hospital de Rancagua

Años en el cargo: 3 años

Años en el área de Urgencia: No se ha desempeñado en esta área

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

**Entrevista**

Introducción del Subdirector:

-En la Región de O'Higgins existen alrededor de 900.000 mil habitantes de los cuales 750.000 son beneficiarios del sistema público, dentro de las consultas del hospital el 99% son adherentes de FONASA y el 1% son adherentes privados o instituciones como las ISAPRES.

La Red Salud O'Higgins se divide en micro áreas siendo el objetivo integrar, derivaciones, traslados, al hospital de más alta complejidad de la región que es el hospital de Rancagua teniendo un rol comunal porque somos el Hospital de la comuna a la vez un rol provincial además un rol regional porque es el hospital de referencia de la sexta región. Las micros áreas se organizaron de acuerdo a la distancia que tenían a la carretera norte sur el acceso a esas carreteras era lo que determinaba que se crearan cabezas de micro áreas estas son: Cachapoal siendo el hospital de Rancagua el de más alta complejidad, carretera de la fruta centro de referencia hospital de Rengo, Santa Cruz, San Fernando la red se organizaba de acuerdo a las distancias con estos hospitales por lo tanto aquí tenemos 15 hospitales en la región de estos dos de alta complejidad que son el de Rancagua y San Fernando siendo el de San Fernando de complejidad media por que si bien tiene el título no tiene el recurso humano para ser de alta complejidad tiene turno hasta ciertas horas del día lo limitan del punto de vista de la capacidad de resolución.

Hospitales de mediana complejidad que son hospitales Rengo y Santa Cruz los otros hospitales que son de baja complejidad en la micro área de Cachapoal tenemos Coinco y Graneros ellos derivan directo al H. Regional.

En cambio la red dice que los pacientes de las áreas más lejanas deben ser derivados a hospitales de baja complejidad y luego al alta complejidad de referencia ejemplo: Los alrededores de Santa Cruz deberían derivar a este y a su vez los de Santa Cruz deberían derivar al San Fernando después llegar acá cosa que no ocurre en realidad por que las derivaciones son directas al Hospital de Rancagua, porque no confían en la capacidad de

resolución que tiene los hospitales intermedios incluso en resolución del hospital de San Fernando que es de alta complejidad supuestamente, debería existir un orden escalonado de referencia y contra referencia y al final estamos nosotros tenemos 77 Postas Rurales. El Hospital se organiza a través de un organigrama matricial con distintas unidades ya sea administrativas, financiera, áreas clínicas que se organizan por jefes de centro de responsabilidad con el objeto de facilitar la tarea y la toma de decisiones de esa manera nosotros tenemos uno de los centros de responsabilidad que se llama apoyo terapéutico que es la jefatura del servicios de urgencias (jefe del jefe de urgencias) bajo el jefe de urgencias quedo bajo tutela de jefe de centro de responsabilidad de apoyo terapéutico también existe uno de apoyo diagnostico (CR).

Nos organizamos bajo un modelo de gestión por proceso porque estamos pronto a cambiarnos a un nuevo hospital y este nuevo hospital que tiene ciertas directrices que son principalmente a la atención al usuario en donde el usuario es el eje a partir como giramos como organización tenemos que respetar todos los derechos que tiene el paciente y su familia eso implica que puedan visitar a cualquier horario durante el día a sus parientes. Entregar información fidedigna del estado clínico en todo momento que lo requieran. En los pacientes adultos mayores y niños pequeños un pariente se pueda quedar en el futuro hospital. La organización se realizará por proceso en las áreas clínicas, financiero, administrativo, realizando protocolos para que el paciente sea beneficiado con una atención fluida donde podamos entregar un tratamiento oportuno y así los usuarios estén hospitalizados en el ámbito cerrado el menor tiempo posible.

Por el momento el ámbito de estos procesos tenemos de atención abierta que son los consultorios de especialidades, atención cerrada siendo proceso de atención hospitalario y el de atención de urgencias con tres jefaturas el nuevo hospital en cambio tendrá un modelo de gestión por procesos un solo jefe al mando.

Urgencias se encuentra dividida en: adultos, maternidad, pediatría. Existe una sobre demanda entre 300 a 400 atenciones diariamente de esa cantidad tenemos 296 adultos, 115 a 120 pediátricas, 20 de maternidad, la taza de cirugías es de 9,5% es decir de todos los pacientes que consultan el 9,5 se operan y la taza de hospitalización es de 3% o sea de 100 pacientes tres se tiene que hospitalizar y como tenemos 500 son 15 a 20 pacientes por lo tanto la capacidad de gestión de camas es tremadamente importante es donde realizo la intervención ya que soy el jefe del equipo de gestión de camas, este equipo liderado por Enfermeras que se encargan de ver la disponibilidad en una base de datos además existe un sistema informatizado donde la cual puede visualizar los índices ocupacionales de las camas libres de la red, ellas no pueden tomar decisiones respecto a la ocupación de esas camas pero si pueden saber si la red está desocupada o no. Siendo el jefe de gestión de camas colabora junto a mí la Sub Directora de Enfermería aquí tenemos subdirecciones estas son: Sub Dirección Médica, Enfermería, Matonería, Administrativa y Recursos Humanos. Sigue que con la atención de tantos pacientes hay un aumento de hospitalizados, C1 – C2 pacientes más graves como somos el hospital de referencia lo que ocurre los hospitales menos complejos se quedan con los pacientes más fáciles y envían los más complejos eso pasa en esta red existe una recarga permanente en este servicio de urgencias para satisfacer las necesidades de región, por ende resolvemos los casos en la medida que van llegando hay que hospitalizar muchos pacientes dar muchas alta entonces debo que gestionar con los encargados de los servicios clínicos altas. Si existe un sobrecargo del servicio de urgencias activan clave roja ejemplo: 20 pacientes esperando ser hospitalizados están ocupando las camillas de atención y no pueden ingresar nuevos pacientes o si ingresan colapsaría todo el sistema, se genera

clave roja que significa que los hospitales de menor complejidad transitoriamente no pueden enviar pacientes tiene que tratar de compensarlos y esperar hasta que nos descomprimamos eso a costa que debo ir hablar con jefes de medicina, cirugía para que den altas, presionando por que obviamente las explicaciones que ellos dan son que los pacientes que están hospitalizados necesitan la cama, se deben dar las altas aborde de la recuperación para poder liberar camas y así recibir más pacientes en el servicio de urgencia.

Entre un 55 a 60% de los pacientes hospitalizados su puerta de entrada es urgencias, el resto es de policlínico CAE u otro hospital de la región y los que se hospitalizan por las listas de espera de cirugía.

Mi papel actual es coordinar hablar con los jefes para que se pongan de acuerdo cuando hay problemas con los pabellones llamar resolver, esto pasa mucho por las personas ya que recién estamos realizando los protocolos esperamos que en el nuevo hospital todo dependa de los procesos donde esté definido el responsable de cada etapa donde incorporemos los hitos de la calidad para ir cumpliendo con el proceso de acreditación, cada persona tendrá una responsabilidad existirán dueños de procesos, se supone que hoy hay pero ellos no cumplen siempre su rol por esto se realizaron cambios de jefes de servicio. Ese es mi rol de facilitador, intervenir, tratar de gestionar y apoyar a la directora en los distintos objetivos del hospital.

Sistema informático integrado no tenemos contamos con un sistema el IBM pretendía informatizar las atenciones tanto del policlínico del área hospitalaria y urgencias está limitado porque los servidores son antiguos no aguantan la capacidad, por lo tanto si se subutiliza no se puede porque se cae el sistema, en este momento lo utilizan en urgencias pediátrica ingresando todos los casos, por el contrario en urgencia adulto no utilizan este sistema y no sabemos qué sucede si necesitamos una estadística la sacarían a mano pero esto demora y utiliza más recurso humano.

El hospital nuevo de acuerdo al proceso normalización que se inició en el 2007 y la construcción del hospital en el 2009 -2010 que incorporaba tecnología de la información: ficha clínica electrónica, laboratorio on line, imagen logia, agenda electrónica, receta electrónica, pero se hizo una licitación y el ministerio de salud nunca emitió el certificado en objeción que dispusiera de fondos para financiar este sistema informático por lo tanto se licito muerto sin fondo y la contraloría obviamente rechazo la licitación y no tenemos un sistema informático para el nuevo hospital se tendrán que cambiar con las fichas de papel.

Favorablemente hay una participación activa del ministerio en donde ellos consideran relevante que el nuevo hospital posea un sistema informático el GORE va a financiar la operación de un sistema con más de 5 mil millones y este cuesta alrededor de 10 mil a 12 mil millones y el resto lo va a financiar el ministerio por lo tanto podemos comenzar una licitación con el primer insumo de dinero que va a entregar el Gobierno Regional apenas para 14 meses de operación está la disponibilidad la aprobación del GORE y nosotros suponemos que el próximo año hacemos la licitación y a fines del 2016 o 2017 tendremos un sistema informático con un 78% de confianza y cuando tengamos eso incorporaremos el LIS-RISPAC porque no nos podemos cambiar sin RISPAC porque los sistemas de rayos son todos digitales escáneres y resonancias, pero existe la posibilidad que nos vamos con RISPAC porque hay un convenio marco que el Ministerio de Salud desarrollo con algunas empresas sin pasar por licitación y podemos comprar necesitamos los fondos nada más y está todo aprobado y listo se explicó que sin esto se posterga el traslado y también tendremos el LIS en comodato, lo único que no tendremos son fichas clínicas pero en el futuro está incorporado y es una exigencia que tengamos que tener un sistema

informático donde vamos a integrar todas las atenciones desde urgencias atención cerrada y abierta en este momento en la atención cerrada si manejamos información a través de la oficina de GRD que revisa prácticamente todas las fichas ahí se ingresan los datos de todos los pacientes procedimiento, diagnósticos podemos pedir informes estadísticos ahora con más dificultad que antes porque antes tenían un prestador español que entregaba su sistema informático mejor que el que se licito ahora porque es más difícil obtener información por parte de la encargada de GRD según por un periodo de marcha blanca pero han pasado varios meses y aun no se resuelve, de hecho se podía integrar la información financiera haciendo estimaciones ahora no se puede con este sistema, eso significó una limitación del punto de vista de las proyecciones financieras lo que gastamos el año pasado si teníamos ese información.

Cabe destacar que la red no tenemos ayuda de la macro red es decir el hospital de referencia aunque el hospital de alta complejidad no posee toda la cartera de servicios en aquellas áreas que no existe el servicio hay que derivar el hospital de referencia es el Barros Luco existe una mala respuesta de solicitudes para resolución por ende no existe respuesta y el estado del paciente pasa a grave y hay que comprar servicios a una clínica privada a un costo alto y se realiza en un 70% de los pacientes su respuesta que no hay capacidad como son el centro de referencia ellos tiene la cartera de servicios deberían aceptar el paciente y comprar el servicio y FONASA reembolsara no ocurre esto acá ya que el hospital no posee la cartera terapéutica solo diagnostica se cancela con la cuenta de ingreso del hospital. Financieramente el hospital no está mal el gasto supera apenas 5% de los ingresos el índice es de 1,05%, existe una buena cantidad e ingresos porque se cobran las patologías PPV, cirugías pabellón, GES, se cobra 97% de las prestaciones.

Respecto a los indicadores utilizamos principalmente los del BALANCE que tenemos:

- Categorización del tipo de demanda en el S. Urgencias con un 92% cumplimiento
- Oportunidad hospitalización del S. Urgencia menor a 12 hrs que es 98% cumplimiento

La exactitud de los indicadores es de 80% margen de error, auditoría interna.

Los datos son útiles en la medida que nos permiten reflejar un cumplimiento mínimo que nos exige el ministerio, en ese ámbito cumplimos con el mínimo no hacemos más de lo que se nos.

Estadística recopila la información para la confección de los indicadores, en urgencias se realizaron de 4758 en el año 2014 – 4235 en 2013 eso indica que están aumentando progresivamente, están llegando más pacientes que requieren cirugías, derivando más de la red o estamos siendo poco resolutivos en la unidades quirúrgicas y están llegando pacientes que debieron ser operados por el GES, no podría decir con certeza absoluta cual es el motivo que ha aumentado las cirugías y el número de pacientes C1- C2 la cantidad de:

- C1 es 0,25%
- C2 es 3,3%
- C3 es 48%
- C4 y C5 45%

Se realizan 144.087 atenciones anuales del S. Urgencias de estas corresponden:

- 54% adulto
- 30% pediatría
- 10% maternidad
- 4,5% dental

Indicadores:

Atención médica oportuna, en el papel cumplimos pero en la realidad los pacientes tiene que esperar, se sienten perjudicados porque no hay camas disponibles para hospitalización a veces esperan hasta 24 horas, no tiene satisfacción se siente maltratados y comienzan los reclamos y exigencias para atenciones inmediata.

- Tasa de retorno 72 horas si se mide.
- Oportunidad hospitalización se mide
- Existencia clasificación se mide
- El tiempo de espera para TRIAGE no se mide
- Letalidad, mortalidad si se mide
- Permanencia mayor de 12hrs se mide
- Pacientes con síndrome coronario agudo existe un protocolo que realiza electrocardiograma e inmediatamente el procedimiento de trombo lisis y si fracasa se realiza agometría de rescate el paciente el paciente es sometido al procedimiento de hemodinámica y se implanta el stent. Contamos con un cirujano vascular en horario diurno.

Hay turno de neurólogo en urgencia para manejo de accidente cerebro vascular trombótico y se han visto beneficiados una gran cantidad de pacientes.

Miden protocolos de riesgo vital; esta protocolizado pero existe una gran variabilidad en manejo de pacientes por las rotaciones de médicos por tanto no se pueden llevar los protocolos. Se están formando urgenciólogos estandarizando las atenciones.

- Paciente atendido fuera de box?

No se miden porque saldrán altos.

- Que barreras impiden el cálculo de algunos indicadores que quisieran?

No existe un sistema informático para manejar la información la información oportuna en tiempo real. Poca disponibilidad del equipo resistencia, exceso de trabajo, para ingresar la información

Los indicadores que está calculando hoy cual dejaría de utilizar?

Seguiríamos con los mismos

La taza de reclamación la calcula la OIRS

## **LEVANTAMIENTO PROCESO PRESUPUESTARIO**

### **¿Existe un proceso de elaboración de Presupuesto para su Institución?**

Existe un presupuesto establecido pero no se respeta siempre se cambia del Servicio de Salud, se solicita el presupuesto se reúne el sub Director administrativo con las distintas instancias para definir si se puede cumplir una cierta reducción en las distintas áreas se estiman los costos, ingresos en base al histórico se realiza un estimado con un 95% de confiabilidad se envía al Servicio de Salud y modifica disminuyendo la cantidad. No se aplica, ni se cumple.

### **¿Este proceso está documentado?**

Está documentado del ministerio envían ciertas requisitos y directrices de cómo hay que hacerlo.

### **¿Algún sistema de control presupuestario?**

Si, nosotros controlamos el presupuesto en relación a los ingresos de hecho nos llega un análisis de la producción todos los meses lo envía la unidad de producción del hospital lo

reciben la Directora, Subdirector Administrativo, Subdirector Médico. Después de analizar la información se toman decisiones si hay que operar ciertas patologías para ingresar más plata, hablamos con los jefes de servicio.

### **¿El sistema de control presupuestario está establecido como algo fijo?**

Es un proceso formal pero no he visto que exista un protocolo, nosotros nos reunimos hacemos análisis proyecciones, desviaciones, modificar.

#### **Pauta Mecanismos de Pago Hospitales y CDT**

1. ¿Existe relación entre mecanismos de pago y costo de las atenciones?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la relación.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Relacionamos los ingresos versus los gastos pero no tenemos los gastos individualizados por área tenemos los grupos totales finales o costo unitario por prestaciones, si existe el valor de todas las cirugías.

2. ¿Existen incentivos generados por los mecanismos de pago?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir los incentivos y sus mecanismos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

No existe incentivo FONASA dice cuánto cuesta la prestación y paga el valor que asigna no hay opción apelar el precio, el GRD si puede entregar opción por complejidad va a pagar y va a estar estandarizado y homogenizado para todo Chile

3. ¿Existen mecanismos de control?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el o los mecanismos de control.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

4. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por PPI y PPV?

- Ingresan alrededor de 1800 millones, la mayoría es por PPV son entre 60% a 70% y menos un 30% PPI no tenemos claridad de respecto a cuánto será el valor durante el año.

5. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por concepto de atenciones de urgencia (PPV)?

- PPV 2 a 3% son pocas las patologías PPV y GES atendidas en urgencias.

6. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento forman parte de alguna canasta GES?

- Infarto, accidente cerebro vascular son atendidas en el hospital.

7. ¿Existe un registro independiente para estas atenciones?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de indicar tales registros.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

- Existe la unidad de GES que registra toda la información
8. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento no forman parte del Programa de Prestaciones Valoradas?
- La mayoría diría un 95% son PPI, por lo tanto nadie sabe su costo.
9. ¿Considera UD. que el valor de las canastas PPV cubre adecuadamente los costos para entregar las prestaciones respectivas (especialmente referido a urgencia)?, señalar Si o No.
- En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
- No es razonable alcanza un 10% a un 15% del total del gasto de urgencias, se va a resolver cuando la producción este en GRD ya que es cercana a la realidad.
  - Producción PPV sí se realiza, la certificamos objetivamos, registramos, Pero pagan menos de lo que corresponde esta subvalorada.

10. ¿Se han realizado estudios al respecto?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

11. ¿A cuánto asciende la recaudación por copagos (en el establecimiento y en particular en el servicio de urgencia)?

- La gente rechaza el copago se escapan, casi nada
- ISAPRE no nos damos cuenta si fue atendido.

12. ¿Los SOAP son cobrados?

- La unidad de finanzas busca y cobra los SOAP

13. Las Compras a establecimientos privados?

- Como existe poca disponibilidad de medicina ocurre lo mismo en UCI por lo tanto existen muchas compras, a través de gestión centralizada de cama, la solicitud es subida a una plataforma y en Santiago se gestiona, existe un convenio nacional.

## Preguntas

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?  
Un rol administrativo dentro de la red de salud.
2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador:** Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.)

3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?
4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero**)
5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (**Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza.**)
6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas? (**Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.**)
7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la medida.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?

Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?

9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la instancia.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?

**Entrevista a Subdirector Administrativo**  
**Hospital Regional de Rancagua**  
**Sr. Osvaldo Pontigo**

**Área Administrativa/Financiera**

**Pauta Análisis de Procesos y Subprocesos Atención de Urgencia**

**Datos Entrevistado**

Profesión:

Años de Profesión:

Cargo:

Años en el cargo:

**Levantamiento Procesos Presupuestarios**

1. ¿Existe un proceso de elaboración de Presupuesto para cada ECE?, señalar Si o No.

Si

En el caso de **Si**, favor de describir y mapear el proceso del presupuesto.

Cada servicio de apoyo distribuye su costo en todos los centros a los cuales presta sus servicios, estableciéndose unidades de producción para cada uno de ellos. Los antecedentes son cargados a WinSIG, sistema que establece un costero por absorción de cada centro de costo que conforma el hospital, donde la información de salida se estructura en gasto directo de remuneraciones, gasto directo en bienes y servicios de consumo y gastos indirectos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

2. ¿Existe un sistema de control presupuestario para cada ECE?, señalar Si o No.

Si

En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de control presupuestario.

Antes de comprar, la pre adjudicación es sometida a una validación de Disponibilidad presupuestaria, generando el correspondiente compromiso, certificado y resolución, cuando se trata de compras por convenio marco, la orden de compra es comprometida y se genera un certificado de disponibilidad presupuestaria. En el caso de convenios de suministro se compromete la pre adjudicación y las órdenes de compra son refrendadas presupuestariamente.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

3. ¿Existe periódicamente algún reporte del total de gastos realizado por cada ECE?, señalar Si o No, y ¿cuál?

Si

En el caso de **Si**, favor de describir el(s) reporte(s) del total de gastos.

Existen cuadros gerenciales que se pueden extraer por mes desde WinSIG, existen reportes de ejecución presupuestaria global que se generan desde SIGFE 2.0 y 1.0. Adicionalmente, los datos de WinSIG son agrupados por CR para efectuar un reporte de seguimiento presupuestario por Centro de Responsabilidad.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

4. ¿Dispone de sistemas de información y /o estadísticos sobre los cuales se puede llegar a determinar los costos de los productos y/o servicios de cada ECE?, señalar Si o No.

Si

En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de información y /o estadísticos.

WinSIG, la debilidad es que es un costeo por absorción y asociado a unidades de producto genérico. Al cruzar la información de WINSIG con GRD es posible obtener valores mas aproximados de determinadas prestaciones, pero lamentablemente no se le ha dado uso a este tipo de información.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

### **Pauta Mecanismos de Pago Hospitales**

1. ¿Existe relación entre mecanismos de pago y costo de las atenciones?, señalar Si o No.

No se efectúa análisis 1 a 1, solo en términos generales a través de la medición del equilibrio financiero.

En el caso de **Si**, favor de describir la relación.

Gastos Devengados / ingresos devengados  $\leq 1$  idealmente.

Pago por PPV lo hace Fonasa a valores definidos unilateralmente sin estudio de costos asociados a la realidad del establecimiento, caso similar es de las PPI y APS. Los valores asociadas a prestaciones Privadas o procedimientos, han sido determinados considerando costos y valores de la competencia directa y valores de establecimientos de similar complejidad (Arancel Libre elección). Para prestaciones que no están en el MAI ni en la cartera de servicios, se le cobra el copago al paciente según su previsión.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

2. ¿Existen incentivos generados por los mecanismos de pago?, señalar Si o No.

No

En el caso de **Si**, favor de describir los incentivos y sus mecanismos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Indirectamente existen bonificaciones globales al cumplimiento de indicadores de BSC, donde existen algunos relacionados con la recuperación de ingresos propios.

3. ¿Existen mecanismos de control?, señalar Si o No.

Si

En el caso de **Si**, favor de describir el o los mecanismos de control.

Seguimiento mensual trimestral y anual, confección de planes de contingencia ante desviaciones. Reportes al MINSAL (informe de gestión Financiera), DSSO (Programa Financiero) y dirección y sub dirección del establecimiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

4. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por PPI y PPV?

Año 2014 PPI MM\$17.293

PPV MM\$30.093

5. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por concepto de atenciones de urgencia (PPV)?

Las atenciones de Urgencia no son PPV.

6. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento forman parte de alguna canasta GES?

Existen procedimientos de Urgencia que son GES, coronario grafía, angiografía, pero estos no corresponden a atenciones de urgencia.

7. ¿Existe un registro independiente para estas atenciones?, señalar Si o No.

Si

En el caso de **Si**, favor de indicar tales registros.

Documentación de respaldo (Solicitar):

Se ingresan en SIGGES. Solicitar a Evelyn Gannat

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

8. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento no forman parte del Programa de Prestaciones Valoradas?

Todas.

9. ¿Considera UD. que el valor de las canastas PPV cubre adecuadamente los costos para entregar las prestaciones respectivas (especialmente referido a urgencia)?, señalar Si o No.

No

En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.

Existen estudios que evidencias que la mayoría de las PPV están sub valuadas (Evelyn Gannat)

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

10. ¿Se han realizado estudios al respecto?, señalar Si o No.

Si, en banco de sangre, Factor Anti hemofílico hecho por el Banco de Sangre.

En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

11. ¿A cuánto asciende la recaudación por copagos (en el establecimiento y en particular en el servicio de urgencia)?

Entra la urgencia mater (que cierra cuentas de hospitalizados fuera de turno), urgencia adulto y urgencia pediátrica, se cobra MM\$121 al año (valores 2014)

**Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de las relaciones entre la "Red de Urgencia" y el sector privado**

**Para los pacientes ISAPRE que consultan en la unidad de emergencia hospitalaria**

1. ¿Cuál es el Número de pacientes pertenecientes a Isapres que consultan en el Servicio de Urgencia en un año?

En plataforma de superintendencia de salud, se suben los casos de Urgencia Vital de Isapres, los cuales se cobran directamente a dicha Isapre.

2. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes

En dicha plataforma se consignan los diagnósticos, el resto de las atenciones de isapres que no son de urgencia vital la información queda en los DAU, los que posteriormente se procesan estadísticamente.

3. ¿Existe un procedimiento de cobro a pacientes asegurados de Isapres?, señalar Si o No.  
Si.

En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.

Se solicitan programas o se les hace la cobranza directa con similares alternativas de pago que los institucionales.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

4. ¿Qué se cobra?: es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?

Todo, según arancel particular (los honorarios van en pabellón).

5. ¿Existe procedimiento para el cobro de estos pacientes?, señalar Si o No.

Si.

Se pesquisa en la urgencia, se detectan familiares, se informa que existirá cuenta, se valoriza, y cobra. Último medio para respaldar cuenta es el pagaré.

En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

6. Monto en pesos de las ventas mensuales del servicio de urgencia a estos pacientes.

MM\$11

7. Tiempos promedios de pago por parte del asegurador privado.

En Urgencias, los que pagan es a menos de 30 días, existen incobrables que dañan el promedio.

#### **Para los pacientes con SOAP que consultan en la unidad de emergencia hospitalaria**

1. ¿Existe un procedimiento de cobro del SOAP?, ¿El procedimiento considera cómo se cobra?, ¿qué se cobra?, es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?

Se cobra según los aranceles establecidos por la superintendencia de valores y seguros. No cubre equipos médicos, psicotrópicos e insumos. Diferencias se cobran según previsión del paciente.

2. Tiempos promedios de cobro.

10 a 30 días.

3. Número de atenciones a asegurados del SOAP en Urgencias.  
1750 anuales aproximados

4. Diagnósticos de los pacientes asegurados del SOAP en Urgencias.  
Mayoritariamente poli traumatizados, que son GES.

5. En caso de hospitalización, el número de días de hospitalización de los asegurados del SOAP.

Entre 15 a 30 días.

#### **Para los pacientes que son ingresados desde el servicio de urgencia a hospitalización**

1. Número de pacientes que son hospitalizados

Esta información está en los libros de hospitalización no se cuenta con registro digital.  
Se requiere más tiempo para definir estadística de pacientes.

2. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes

Se incluye en libro de hospitalización

3. Motivo de Ingreso: ¿Ley de Urgencia?

Si es ley de urgencia se sube a la plataforma de la superintendencia si son GES, no se registra en el libro de hospitalización.

4. Promedio de días de estada para estos pacientes

Existen algunos que se van al extra sistema el promedio de los hospitalizados no está a nuestro alcance informar

#### **Compra a establecimientos privados**

1. Número de pacientes derivados directamente desde el hospital y/o Unidad de Emergencia a Establecimientos privados.

586 pacientes anuales referencia año 2014.

2. Establecimientos privados a los cuales derivan.

Establecimientos con convenio Día cama integral de FONASA y otros que cuentan con la capacidad para dar esperanza de sobrevida al paciente.

3. Tipo de camas más compradas.

Camas Críticas (UCI)

4. ¿Existe Convenio?, señalar Si o No.

En camas Críticas si vía FONASA, compras directas de procedimientos autorizadas por la dirección No, se solicitó los términos de referencia a UGCC pero no fueron construidos, por lo tanto no se licitó.

En el caso de **Si**, favor de describir/identificar el convenios.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

5. ¿Existe procedimiento para la derivación de estos pacientes?, señalar Si o No.

Desconozco procedimiento UGCC debería administrarlo

En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

6. Monto en pesos de las compras mensuales del hospital a prestadores privados dentro del marco de derivación desde la unidad de emergencia; por concepto de: camas por tipo, exámenes imagenología, pabellones.

Se solicita que se atiendan con su asegurador, este beneficio se otorga a pacientes institucionales.

7. Tiempos promedios de pago al prestador privado.

80 días

8. ¿Se realiza algún tipo de Auditoría y/o Control de Calidad por parte del hospital respecto de la atención de sus pacientes derivados al privado?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el proceso de Auditoría y/o Control de Calidad.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

No, no administro esta información.

**Entrevista a Dr. Sergio Zamorano Jefe de Urgencias  
Hospital Regional de Rancagua**

**Área Operacional (Clínico – Asistencial)**

Profesión: Médico Cirujano

Años de Profesión: catorce

Cargo: jefe de Urgencia HRR

Años en el cargo: once años

Años en el área de Urgencia: catorce años

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero: Clínico- Organizacional

**Preguntas**

¿Los indicadores que actualmente usan?

Tenemos una cantidad de indicadores importantes, que no están consolidados en un cuadro de mando integral, por ejemplo: número de pacientes hospitalizados que esperan más de 12 horas urgencia, la categorización de demanda la cual tiene metas sanitarias y compromisos de gestión.

Se trabajó con un protocolo de categorización entre los tiempos desde la llegada y todo el proceso de cumplimiento de la categorización.

“Existe 20 esperas de personas de camas hospitalizadas”

Otro indicador o proceso, se auditán todas las muertes ocurridas en urgencia, cuando se categorizaban mal y se comprobó que la acción es de enfermería.

La taza de reclamos, de felicitaciones y estamos midiendo desde el tiempo de llegada a hasta la primera atención.

Promedio de oportunidad de 3,5 de estada los hospitalizados con un rango de 1 y 12 días esperando camas.

No se contabilizan los días camas en los servicios de urgencia, eso habla de una mala gestión y el peor evaluado es el Servicio de Medicina HHR

(Responderá después el adjunto)

Hoy se hacen trombolisis en todos los servicios y aquí somos pilotos bajo los amparos de los desafíos del Programa cardiovascular incluso trombolisis cerebral con una ventana de 3 horas. Se está trabajando de una pesquisa precoz.

Años atrás se midieron 750 accidentes isquémicos vasculares, si sacas cuenta es una carga alta, hoy en día con el nuevo manejo, se administra y el cambio es grande. Cuando el paciente sale caminando desde aquí, el cambio de gasto es enorme.

Protocolo de Riesgo vital, nos estamos preparando para tres acreditaciones, se adoptó una metodología de gestión por procesos, donde se hizo un taller de orientación. Determina sus procesos el jefes de servicio y llegamos en la etapas de las tareas, avanzamos en comparación con otros. Estos conocidos por todos y otros se deben difundir con los grupos de trabajo. Esto ha sido participativo.

C4 y C5 se envían a SAUD creemos que es una valiosísima estrategia de gestión. Disminuir la consulta C4 Y C5, donde se caracteriza la masa consultante C4, C5. Nos

ha servido para descongestionar y para sacar el tiempo de uso por paciente donde es de 45 minutos.

El C1 va a la UCI o Intermedio, C2 al intermedio o agudo, el C3 se van a sus casa, pero hay un % que necesita camas básicas y empezamos articular con la Red asistencial, los cuales son de Rancagua y se enviaran a otras comunas o se pueden tratar con tratamiento a domicilio realizados en el SAUD.

Se analizaron 400 enfermos el 2014 en Urgencia Adultos se vieron 88.000 enfermos, 0,3 fue C1, 3% C2, 60 % C3 fue y 35,36 % C4 C5 fueron 30.000 personas y la meta es disminuir esos porcentajes. (En Hoja con conclusión)

¿Qué tan precisos son los indicadores?

Yo creo que es bastante alta, nosotros categorizamos el 98 o 99% de los enfermos, sin categorizar el 1%, el cual diariamente se genera el indicador por compromiso gestión y luego estadística lo sube al DEIS.

¿Cuánto tiempo llevan con esto?

En los últimos diez años a disminuidos entre 40 mil y 60 mil paciente al año después de la consolidación de los SAPU, porque la población de Rancagua a subido, pero aumento la complejidad.

Sistema de control.

¿Cuáles serían las debilidades y desafíos?

-Desafíos, problemas la falta de interesados área médica y de enfermería la debilidad cercanía de Santiago.

-Problemas para cubrir turnos de urgencia los cuales eran por remplazo, con aumento excesivo de pago por compra de servicio, donde se ha cuadriplicado por las mismas acciones y no hay vuelta atrás.

-Al comienzo del gobierno anterior 98% de funcionamiento con 900 millones de deuda, dos años después 4.500 millones de pesos de perdida por hiper-ejecución de compra de servicios.

-La rotación elevada de funcionarios

-Desafío es que ha costado que el HRR entienda que urgencia nos es el patio deatrás y el hospital no es un archipiélago de islas.

-Psiquiatría 3,7% paciente por cada mil consultas requieren hospitalización de corta estadía. El intento de suicidio y la psicosis activa es más frecuente, donde se debe hospitalizar en urgencia la cual no está preparada, somos la puerta de entrada.

¿Tiene mecanismo de coordinación con los otros de la Red asistencial?

Esta la figura el CIRA, existe la red local de Urgencia problema de la referencia y contra referencia, red asimétrica con un buen número de ambulancia sin chofer y recurso humano, con distancia excesivas en la región. Donde existe una norma que no se puede mantener una ambulancia más de media hora.

Cambiar modelo de gestión, que los médicos se acostumbran hacer auditados ese es un trabajo diario.

¿Cira toma decisiones? Red asistencial de la región con 15 Hospitales, médicos cirujanos, sin unas competencias de gestión del rol directivo y no entiende la red asistencial, los Depto. de salud primaria depende del alcalde de turno y del directivo de salud. En clave roja se recibe C1, C2 hasta descomprimir, a la red le falta el concepto de CO.

Clave roja fue inventada por nosotros, con el papel diario, el jefe la solicita o el jefe de turno, luego al jefe de red local de urgencia se solicita.

Otro desafío, esto viene desde el terremoto, nosotros estuvimos tres días sin comunicación, desde ahí no tenemos como comunicarnos con Depto. de Salud, la red salud del teléfono no sirve, el CIRA tiene tres hojas de cumplimiento de protocolo.

SAMU fue instalado aquí, depende del servicio de urgencia, creció y se independizaron tomando las ambulancias, se quedaron con los cargos, recurso humano y hoy dependen de la Dirección de Salud.

La clave roja determina Samu la compra de servicios amparado en la Ley de Urgencia, donde Samu determina a que clínica llevarlo.

¿Buscar alguna prestación en el sector privado? Se compra servicios de escáner cuando este se cae

Se pagaron hace 5 años atrás 1200 millones de pesos en cama critica, pero para el terremoto paso algo muy curioso, se compró pabellón a la clínica del frente, solo pabellón donde el recurso humano es de aquí.

Se han comprado exámenes, suministros, resonancia.

Tenemos kinesiólogo, nutricionista que nacieron por necesidad.

La unidad de urgencia se ha convertido en una utopía hasta cuando no haya un hospital respondedor.

La validación de información existe, fonendo donde se reportan camas, quien la valida en algún momento lo hacia SAMU hoy no hay nadie que la valide.

¿Tiene bases de datos con la categorización?

Tenemos del 2014, se suben diariamente a la página

(Se solicitan datos.)

Urgencia Hospital regional no usa fonendo, se digitalizaron los hospitales de la red menos el hospital de Rancagua, tenemos tres computadores: uno es para la telerradiografía, otro lo puso laboratorio Roche y el otro la seremi de la SINOISO

¿Fonendo estará en el nuevo hospital? El diseño fue sin papeles.

La categorización no es con un software, sino por experiencia.

¿De qué forma enfrentan las catástrofes? La única vez que nos integramos con Maule fue para el terremoto, donde fuimos solidarios con ellos.

¿Se atiende pacientes privados? Despues del terremoto ya no, pensionado fue utilizado por medicina.

¿Se reciben pacientes Isapres en urgencia? Se cobran y la recaudación es \$17.527, \$41832, porque nosotros no tenemos la posibilidad, cuando damos el alta de tener papeleo electrónico.

A las Isapres se hace firmar pagare, el mejor negocio de nosotros es el AMA-Sinaiso. El médico de urgenciología debe denunciar los accidentes de trabajo, los códigos centinelas, denunciar las epidemiologías inmediatas y mediatas, la ley de urgencia, firmar los certificados de estabilización de ley de urgencia. El cuarto turno que es un TENS de más menos 6 meses, se preocupa de de subir esta información y otros registros.

Hoy el servicio paga atención integral de urgencia, ósea el C1 con el C5 tiene el mismo costo

¿Tienen relación con agrupación de pacientes? No, yo respondo todos los reclamos, el que viene es el consejo consultivo.

Tenemos un enlace entre la sala de espera y el equipo que es un psicólogo que media, es un portero ilustrado, explica el tiempo de espera, hacen contención.

En las tardes ayudan las damas de rojo, hacen enlace. Desde que se instaló el sistema de enlace los reclamos eran de 3,5 por mil consultas, hoy día tenemos 1,2 reclamos por cada mil consulta y 0,5 felicitaciones por cada mil consultas con una relación de 1:2 y prácticamente los reclamos por espera y necesidad de información desaparecieron. (Se solicita información)

¿Catástrofes como de un bus como se coordinan? La coordinación la base Samu y el coordinador de la red local de urgencia.

¿Hacen presupuesto, participan? No, no se participan (nos dará sus datos)

¿Le dicen desde la dirección cuánto a gastado? No, no tenemos claro su presupuesto, es impune amparado en la ignorancia. No existe control presupuestario.

Pauta será realizada en Urgencias.

### HOSPITAL RANCAGUA

#### **Pauta de Cotejo – Observación Proceso General de Atención de Urgencia**

(Para ser realizada en cada uno de los establecimientos de la muestra, con el acompañamiento de un profesional del establecimiento)

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista

Hora de inicio:

Hora de término:

Nombre: Manuel Alvear

Profesión: Enfermero

Años de Profesión:

Cargo:

Años en el cargo:

Años en el área de Urgencia:

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

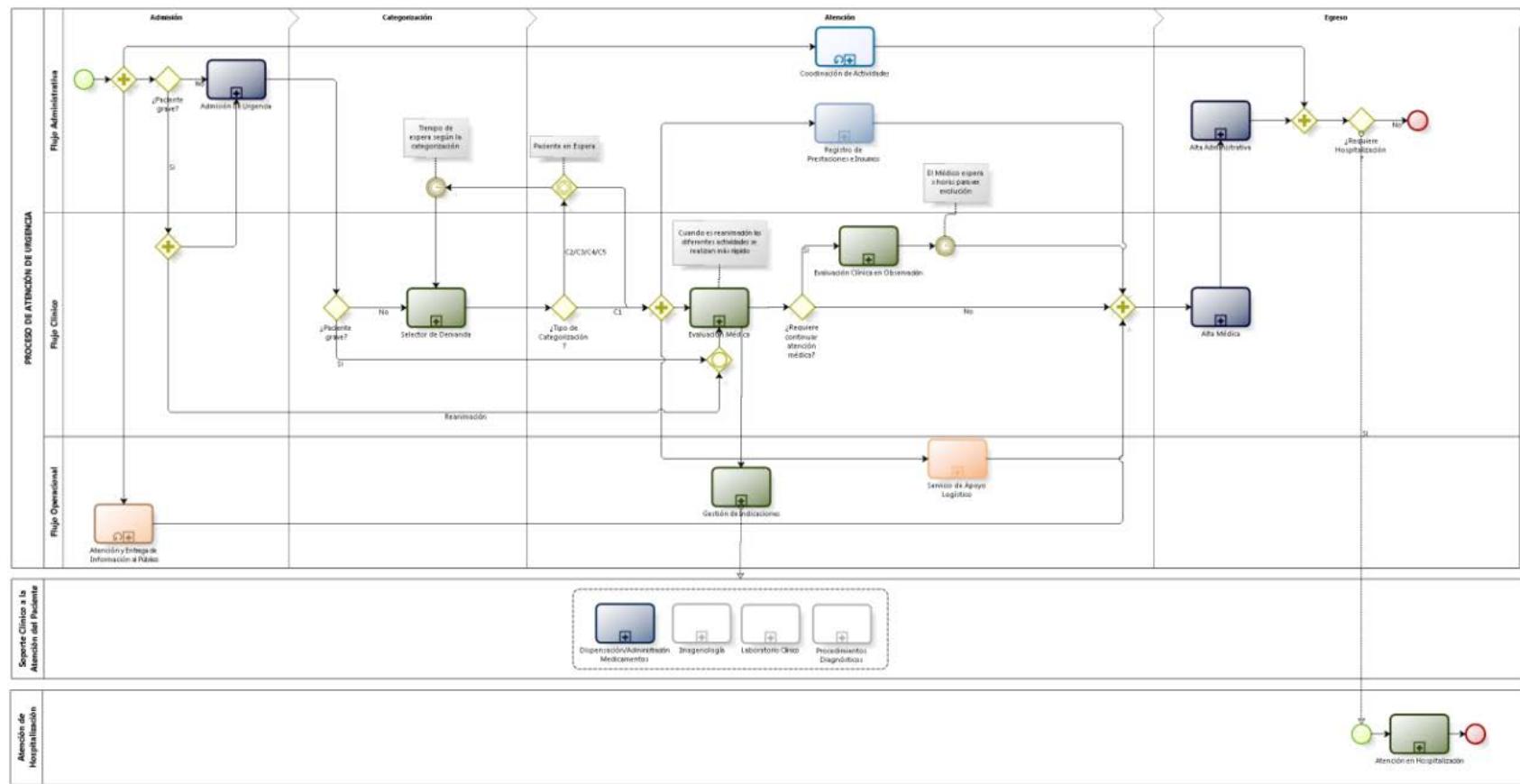
Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

#### **Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

Parámetro					Observaciones
Elemento/Componente/Estrategia evaluado					
¿Dispone de un diagrama o documento similar a este en el servicio?	Sí x	No x	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio de la Red de Urgencia?	Sí x	No x	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio del establecimiento?	Sí x	No x	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cómo se deciden eventuales modificaciones al proceso?	En conjunto con el equipo médico				
¿Cómo se difunden las eventuales modificaciones al proceso?	Por página Web				
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	Sí x	No x	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?	Enfermero				
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?	Enfermero				

Parámetro					Observaciones
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?					

## Respecto al proceso existente



Fuente: Consultoría de Procesos. MINSAL 2012.

**Pauta de Cotejo Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Admisión de Urgencia	Proceso administrativo, por medio del cual se ingresa al paciente a la atención de urgencia a fin de otorgarle una prestación clínica. A través de este proceso se confirma la identidad del paciente, sus antecedentes previsionales, el plan de salud o convenio para el evento de atención, el área de referencia y el motivo de consulta principalmente.	Si		
Atención y Entrega de Información al Público	Proceso que entrega información a los familiares y acompañantes sobre el estado de salud y otra información relevante asociada a los pacientes que se atienden en un establecimiento de salud.	Si		
Selector de Demanda	Proceso clínico que consiste en la aplicación de un instrumento confiable como método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles, para determinar la complejidad de la urgencia. Permite mayor objetividad en el proceso de priorización de la oportunidad de atención clínica de los pacientes	Si	Categorización realizada por Enfermero	
Coordinación de Actividades	Subproceso en donde se coordina todo lo necesario para que ocurran las actividades durante la atención clínica del paciente.	Si		

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Evaluación Médica	Proceso que consiste en el conjunto de actividades clínicas que se realizan al paciente a cargo de los profesionales de salud (interconsultas, procedimientos, Etc.).	Si		
Gestión de Indicaciones Médicas	Proceso encargado de la administración y ejecución de las indicaciones dadas por el médico.			
Dispensación y administración de medicamentos.	Proceso encargado de la gestión de administración dispensación de fármacos e insumos a los pacientes que tengan una prescripción médica.	Si		
Imagenología	De acuerdo a la indicación del médico se realiza un examen de imagen para apoyo al diagnóstico (RX, RMN, Tomografía, etc.).	Si		
Laboratorio clínico	De acuerdo a los exámenes solicitados por el médico se toman las muestras correspondientes y se procede ser analizadas en el Laboratorio Clínico, emitiendo luego el resultado respectivo.	Si		
Procedimientos diagnósticos	Proceso encargado de realizar procedimiento que permitan confirmar diagnósticos como endoscopia, cistoscopia, etc.	Si		
Indicación de observación	Proceso encargado de la atención del paciente que al ser evaluado en primera instancia con el médico este decide dejarlo un periodo de tiempo en reposo en el servicio de urgencia con el objetivo de evaluar exámenes o evolución de acuerdo a las indicaciones dadas.	Si		
Registro de prestaciones e insumos	Proceso por el cual se lleva cabo registro y cobro de las prestaciones e insumos.	Si		

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Coordinación de actividades	Proceso administrativo que tiene como finalidad preocuparse de que se gestionen los puntos críticos existentes en la atención de Urgencia.			
Alta administrativa	El Subproceso administrativo, por medio del cual, se genera toda la documentación respectiva para el alta o derivación del paciente. También se realiza el cobro de las prestaciones.	Si		
Alta médica	Proceso por el cual el médico realiza el egreso del paciente esto incluye diagnósticos, resumen de la hospitalización, indicaciones al alta y registros estadísticos obligatorio	Si		
Atención de hospitalización	Proceso encargado de la atención clínica de los pacientes que de acuerdo a su estado requieran estar hospitalizados.	Si		

### Observaciones generales

**Entrevista a Dra. Norma Contreras  
Jefa Unidad de Paciente Crítico Hospital Regional**

**Instrumento de Área Operacional (Clínico – Asistencial)**

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista

Hora de inicio:

Hora de término:

Entrevistado

Nombre: Dra. Norma Contreras

Profesión:

Años de Profesión:

Cargo: jefa UPC

Años en el cargo:

Años en el área de Urgencia:

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

**Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?
2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.**)  
Tenemos a diario reuniones con la jefa de urgencia por gestión de camas, por lo general reuniones que tiene que ver con pacientes y están presentes los de Urgencias y UCP.
3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?
4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero**)

Se trabaja en procesos el año pasado cada unidad lo realiza en forma independiente pero siempre hay acuerdos con el equipo de Urgencia están con flujo grama se encuentra en la Unidad de Procesos.

5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (**Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza.**)  
Cuando se trata de la decisión de pacientes es decidir este paciente tiene este u otro fin tomamos la decisión los que técnicamente tenemos las capacidades, si es un

paciente crítico hay cinco Residentes y uno queda de jefe y en el día tomamos en conjunto las decisiones.

6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas?  
**(Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.)**

El flujo grama es conocido por todo el equipo si porque ellos trabajan con el sistema

7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la medida.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Las decisiones se difunden por correo electrónico, información en los sitios donde se entrega turno, publicaciones, reuniones, informativos en diario mural

8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?

Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores? Trabajamos con un sistema informático nuestro, con muchas falencias igual tenemos papelería porque no contamos con informática formal del Hospital, tenemos la esperanza de tener en el hospital nuevo un sistema informático efectivo.

9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la instancia.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Nosotros directamente no, pero tenemos entendido que la directora tiene participación ciudadana.

10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?

Si nos informan que hay un accidente masivo y no tenemos camas libres pero hacemos esfuerzos para movilizar los pacientes que se encuentran en mejores condiciones contactando con los residentes que están en intermedios los agudos de medicina es toda una cadena. Si parte de urgencias se comunica con el residente de UPC, si es en horario no hábil toman las decisiones, medico en conjunto con enfermera el médico toma la decisión.

Contamos con guías clínicas y protocolos de distintas patologías, circunstancias ahora estamos en plan de acreditarnos hay guías del 2007 .La responsable en la unidad es el jefe de servicio y la supervisora y en caso de modificaciones la unidad a nivel de la dirección está a cargo del proceso de acreditación nosotros enviamos corregidos los documentos y ellos se encargan de realizar los cambios pertinentes y difusión

Existen dos horarios de visita diaria de lunes a lunes mañana y tarde la información directa del paciente es responsabilidad del médico en el horario de visita se informa a uno de los familiares.

La directora deja un documento en el fondo es un cheque blanco el residente abala la salida si el reciente determina que es paciente intermedio le avisa a los colegas de intermedio.

Manejamos indicadores para información el Balance información de los días camas, eventos adversos paciente asociando a IAS.

**Entrevista a Álvaro Guzmán Rojas  
Enfermero Supervisor del SAMU VI Región**

**Instrumento de Área Operacional (Clínico – Asistencial)**

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista

Hora de inicio: 9:40

Hora de término: 10:40

Entrevistado

Nombre: Álvaro Guzmán Rojas

Profesión: Enfermero

Años de Profesión: 23 años

Cargo: Enfermero Supervisor Regional SAMU O' HIGGINS

Años en el cargo: 15 años

Años en el área de Urgencia:

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

**Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?

- Operativo; Área de soporte, que el sistema pre-hospitalario tenga todos los equipos e insumos necesarios para poder trabajar.
- Técnico; Evaluación Técnica de los Equipos de Salud desde enfermería hacia abajo. Además eventos tasadores como Paro-Cardio Respiratorio, ventilación mecánica, múltiples víctimas, entre otros, deben ser evaluados.
- Docente; Formación de nuevos equipos de diferente nivel, desde, técnicos de cómo trabajan en el pre hospitalario, administrativos y como se relacionan con la administración pública y responsabilidades correspondientes.
- Representante del Servicio Salud; Frente a otros entes que participan en emergencias.

2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.**)

- ONEMI coordina reunión previa algún evento y dependiendo de evento adverso (se llama al comité multi-institucional mínimamente con el A-B-C-O).
- El COE se reúne cuando hay evidencia de algún riesgo.
- Existe el decreto N°50 que establece el rol de cada institución dentro de emergencia.

3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?
  - Antes de la evidencia de algún riesgo.
  - Reuniones programadas como una vez al mes entre: SAMU, Carabineros, Bomberos, ONEMI, se suma cualquier entidad que sea involucrado.
  - Durante el evento adverso.
4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional – Financiero**)
  - Analizan las situaciones posibles amenazas que exista las vías de mitigación.
  - Contingencias en fin de semanas largos (incorporando en esas reuniones al administrador de la autopista del Maipo)
5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (**Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza**).
  - Se ejecutan llegando a un acuerdo grupal
  - Cada institución sabe cuál es rol técnico.
  - En la emergencia misma son más protocolizadas.
6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas? (**Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.**)
  - Pagina web
  - Wasap
  - Correo electrónico
  - Documentos oficiales
  - Actas de reuniones
7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.  
En el caso de **Sí**, favor de describir la medida.  
Si aunque falta un proceso para asegurar la difusión de los acuerdos, protocolos.  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?  
Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?  
Si, base de datos ACCESS solo a nivel de SAMU local.

9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la instancia.

SI, Difundiendo la información.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?

11.

- Por medio de los protocolos de emergencia.

### **Pauta de Cotejo Observación Proceso General de Atención de Urgencia**

- Procesos propios de red de urgencia tratando de incorporar la ISO en la elaboración de documentos, estos a la vez son estudiados cada dos años dependiendo el proceso y en caso de ser requerido, esto nos permite hacer un seguimiento si alguien del equipo tiene otra respuesta se puede modificar y se difunde por los medios antes mencionados.
- Estamos en la elaboración de guías clínicas propias actualizando cada dos años
- Para la actualización se buscan los técnicos que tengan las competencias para realizar las modificaciones eje: Emergenciólogo tiene las competencias.
- Comienza poco antes que recibamos la solicitud de ayuda. Los procesos anteriores que tienen que estar previstos lo que tiene que ver programación de los turnos, acreditación de las operadoras telefónicas, formación de los radio- operadores, formación de los médicos.
- Toda persona que trabaja en el SAMU independiente del nivel tiene una formación base mínima que se establece del SAMU en reanimación cardio- pulmonar.
- Se levanta el teléfono tiene un protocolo de respuesta de las llamadas para establecer primero el numero en caso de que exista una caída y grabar todas las llamadas para apoyo legal y responder reclamos. Registrando los tiempos estableciendo la urgencia o emergencia de ese llamado, si básicamente existe compromiso de conciencia o PCR es alerta mayor siendo así el radio operador esta facultado para activar un móvil de inmediato, por el contrario si no es el caso existe un cuestionario dependiendo de la situación puede ser traumatológico, accidente, violencia, AVE, dolores torácicos etc. Para indagar una u otra variable que pueda estar presente ya que los recursos están limitados por este motivo hay que definir como se responde al llamado si es riesgo vital salen de inmediato.
- Se aplica el cuestionario pasa por una consejería medica que hacer, acudir al consultorio, llamar salud responde o esperar para una visita dependiendo de la disponibilidad del móvil concluyendo el llamado.
- El operador se comunica vía telefónica o vía radial dependiendo si existe cobertura, con el chofer de la ambulancia.
- La ONEMI está con un proyecto un sistema digital para poder tener comunicación radial con toda la región, exclusiva para salud.
- Existe coordinador regional existiendo reuniones, calendarizadas.
- Se realizan traslados secundarios referencia pacientes que requieran alguna evaluación mayor. El traslado se realiza previo una coordinación entre hospitales o

médicos el paciente es evaluado y regresa con indicación colaborando con la contra referencia.

- El secuestro de ambulancia ocurre entre 6 a 8 horas siendo culpable el jefe turno de urgencia debido a la fluidez que le den al proceso, excusándose que no hay camillas recurso humano.
- Se han realizado reuniones con jefes de urgencia con la dirección de servicio para mejorar estos errores.

**Entrevista a William Contreras  
Jefe Servicio de Urgencia SUR Las Cabras**

**Instrumento de Área Operacional (Clínico – Asistencial)**

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista

Hora de inicio: 12:34 hrs

Hora de término:

Entrevistado

Nombre: Wiliam Contreras

Profesión: Kinesiólogo

Años de Profesión:

Cargo: Jefe Servicio de Urgencia

Años en el cargo: Meses

Años en el área de Urgencia: menos de un año

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

**Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?

Servicio de urgencia Rural, la importancia por el nexo de respuesta por los accidentes de tránsito producidos en la carretera de la fruta, atiende a todas las población inscritas en el CESFAM y personas flotantes y de otras localidades. Centro de derivación es Peumo que es tipo IV y el hospital base es Rengo.

¿Saben el flujo de un paciente en este caso? Hay un protocolo traslado secundario de la Red de urgencia y el manual de operatividad.

¿Tienen base SAMU? Base SAMU básica más cercana es en Peumo y el avanzado en Rengo.

¿La demora de un paciente? Tiempo de respuesta aproximado para SAMU básico de Peumo 15 a 20 minutos y de Rengo SAMU avanzado 40 minutos, la respuesta es demasiado en tiempo.

¿Tienen ambulancias? Si, cuatro ambulancias de traslado básico, cuenta con técnico paramédico más un conductor.

2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.**)

Desde que yo he llegado he tenido reuniones con el Director del Hospital de Peumo, que han sido por solicitud mía y con el coordinador local de la Red de Urgencia Boris Moreno. Que no están establecidas.

¿Qué se aborda en esas reuniones? Temas de coordinación, trabajar articulación y la derivación.

3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?

No, por ser SUR y somos convenio SUR de apoyo. No contamos con unidad operativa que es un apoyo para tener un medico que este de llamado y para tener una Urgencia. La capacidad de respuesta que damos nosotros es básica por, iniciativa local tenemos desfibrilador, equipos monitores, TENS en ambulancias. Sin embargo a nivel de la Dirección de Servicio está sobre dimensionada la Urgencia.

¿Tienen patrón mínimo de insumos? Tenemos lo que nos da el convenio SUR que es básico.

¿Tienen categorización? Si, ocupamos el protocolo de categorización de la Red Local. Donde se ve C4 y C5 que debería verlo el CESFAM.

¿Las educaciones son de protocolo promoción y prevención o por muto propio? Queremos trabajar con la mirada de urgencia dentro del CESFAM y con la mirada de salud Familiar. Pensando a llevarlo a una estadística e intervenir en los sectores del Cesfam o en educaciones con la comunidad.

4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero**)

Protocolos de derivación.

5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (**Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza**).

Se toman con Boris, se está trabajando directamente con él.

6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas? (**Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.**)

Se comparten con el Sr. Moreno.

¿En un escenario de urgencia se comunican con Peumo, tienen línea directa? Si, tenemos los teléfonos de Peumo, de SAMU y de los enfermeros coordinadores de la urgencia de Rengo y Rancagua.

¿Cuál es la relación que tienen ustedes con el Hospital de peumo frente a la derivación de un paciente? ¿Es aceptado, les ponen claves rojas? Peumo no tiene clave roja, yo creo que las derivaciones son buenas y se tiene que trabajar en juntar más a los equipos, no se conocen para una vinculación.

Las derivaciones son por teléfono de acá a Peumo y por protocolo para el ingreso a Red de Urgencia.

7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la medida.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?

Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?

9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir la instancia.  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  
10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?  
Estamos trabajando en un protocolo interno para responder en accidente con víctimas múltiples. Se está trabajando con el equipo de urgencia.  
¿Cómo se comunican ustedes? Tenemos radio, estamos en evaluación por falta de cobertura, además de una antena repetidora.

## Instrumento de Indicadores

### **Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

1. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.

Uso de las guías clínicas con apoyo de una enfermera.

Categorización de los pacientes, cantidad de traslado de urgencia, procedimiento, REM

### **Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?

Cien por ciento no, un ochenta por ciento de exactitud.

2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.

Funciona con un mes, pero ahora podríamos tener la del día de ayer, se traspasa de la hoja de atención a una hoja Excel.

3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión de su unidad?

Se está programando en la categorización que se publican todos los meses, las recetas colectivas, los flujos de entrada y salidas de medicamentos que se digitán en farmacia para el rebaje.

Se ha tratado de implementar la medición del registro de tiempo de llamado de medico.

4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?

Un administrativo que se encarga de recepcionar, registra el motivo consulta y evalúa la previsión de la persona.

5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?

Ventajas y desventajas.

Yo creo que un mes de espera es bastante razonable para poder trabajar, porque para trabajar en temas de salud es necesario la información del año anterior.

El problema es el registro de los médico, timbrar la hoja de atención, ahora registran bien en la hoja, completan el libros de novedades

Tenemos problemas con algunos registro que van en papel, como es un poco lento el registro, pero es mínima.

6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?

En la hoja se da un folio y luego a la receta colectiva.

### **Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua(el objetivo es aprovechar la experiencia y conocimiento de los entrevistados para mejorar el conjunto de indicadores)**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.

Sí, estamos en la implementación y como debería funcionar, pero con el hecho de recopilar la información, ya nos significa que nosotros esperamos resultados.

2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?  
Es imposible reunirlos por los turnos, se hace que todos los días se habla con los turnos.  
¿Quién categoriza? El TENS
3. ¿Quién los definió?
4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?
5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.
6. ¿Cómo mantiene los cambios?
7. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.

#### **Sección 4: necesidad de indicadores**

1. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?
2. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.). CUALES SON LAS BARRERAS QUE IMPIDEN SU CALCULO HOY.
3. ¿Qué indicadores de los actuales usted dejaría de calcular?
4. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
5. ¿Cuál es su opinión, en cuanto a factibilidad, pertinencia y utilidad, de los siguientes indicadores? (se muestran los indicadores que se originan de este proceso de consultoría).

**Pauta de Cotejo Observación Proceso General de Atención de Urgencia**

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí - No - No Corresponde)	Descripción	Comentario
Admisión de Urgencia	Proceso administrativo, por medio del cual se ingresa al paciente a la atención de urgencia a fin de otorgarle una prestación clínica. A través de este proceso se confirma la identidad del paciente, sus antecedentes previsionales, el plan de salud o convenio para el evento de atención, el área de referencia y el motivo de consulta principalmente.	Si		
Atención y Entrega de Información al Público	Proceso que entrega información a los familiares y acompañantes sobre el estado de salud y otra información relevante asociada a los pacientes que se atienden en un establecimiento de salud.	Si	Administrativo informa	
Selector de Demanda	Proceso clínico que consiste en la aplicación de un instrumento confiable como método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles, para determinar la complejidad de la urgencia. Permite mayor objetividad en el proceso de priorización de la oportunidad de atención clínica de los pacientes	Si	Categorización TENS	
Coordinación de Actividades	Subproceso en donde se coordina todo lo necesario para que ocurran las actividades durante la atención clínica del paciente.	Si	Administrativo avisa a TENS y el TENS articula con el Medico	

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Evaluación Médica	Proceso que consiste en el conjunto de actividades clínicas que se realizan al paciente a cargo de los profesionales de salud (interconsultas, procedimientos, Etc.).	Si	Cuando corresponde	
Gestión de Indicaciones Médicas	Proceso encargado de la administración y ejecución de las indicaciones dadas por el médico.	Si	Queda en la hoja de registro	
Dispensación y administración de medicamentos.	Proceso encargado de la gestión de administración dispensación de fármacos e insumos a los pacientes que tengan una prescripción médica.	Si	Se llama a medico telefónicamente	
Imagenología	De acuerdo a la indicación del médico se realiza un examen de imagen para apoyo al diagnóstico (RX, RMN, Tomografía, etc.).	No	Traslado a Peumo	
Laboratorio clínico	De acuerdo a los exámenes solicitados por el médico se toman las muestras correspondientes y se procede ser analizadas en el Laboratorio Clínico, emitiendo luego el resultado respectivo.	No	En casos especiales se han tomado aquí o se deriva a Peumo	
Procedimientos diagnósticos	Proceso encargado de realizar procedimiento que permitan confirmar diagnósticos como endoscopia, cistoscopia,etc.	No		
Indicación de observación	Proceso encargado de la atención del paciente que al ser evaluado en primera instancia con el médico este decide dejarlo un periodo de tiempo en reposo en el servicio de urgencia con el objetivo de evaluar exámenes o evolución de acuerdo a las indicaciones dadas.	Si		
Registro de prestaciones e insumos	Proceso por el cual se lleva cabo registro y cobro de las prestaciones e insumos.	Si		

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Coordinación de actividades	Proceso administrativo que tiene como finalidad preocuparse de que se gestionen los puntos críticos existentes en la atención de Urgencia.			
Alta administrativa	El Subproceso administrativo, por medio del cual, se genera toda la documentación respectiva para el alta o derivación del paciente. También se realiza el cobro de las prestaciones.	Si	A los Isapre se hace al ingreso del paciente el cobro	
Alta médica	Proceso por el cual el médico realiza el egreso del paciente esto incluye diagnósticos, resumen de la hospitalización, indicaciones al alta y registros estadísticos obligatorio			
Atención hospitalización de	Proceso encargado de la atención clínica de los pacientes que de acuerdo a su estado requieran estar hospitalizados.		Peumo derivación	

### Observaciones generales

**Entrevista a Carmen Quintanilla**  
**Encargada de Finanzas y Departamento de Salud SUR Las Cabras**  
**Área Administrativa/Financiera APS**

**Pauta Análisis de Procesos y Subprocesos Atención de Urgencia**

**Sección 1: Datos Entrevistado**

Nombre: Administrativo

Profesión: Administrativo

Años de Profesión: 10 años

Cargo: Finanzas

Años en el cargo: meses

**Datos Establecimiento LLENAR POR EL CONSULTOR CON OTRA PERSONA Y NO  
EL ENTREVISTADO PREGUNTAR A DIRECTOR DE APS**

Identificación del Establecimiento: Departamento de Salud Las Cabras

Descripción general:

Población asignada (2009-2013): 18.770

Dependencia Administrativa: Municipio

Dependencia interna:

Dependencia financiera y presupuestaria: Municipalidad

Centro de referencia del Establecimiento: Peumo

Centros de derivación: Peumo

**Levantamiento Procesos Presupuestarios**

1. ¿Existe un proceso de elaboración de Presupuesto para su Institución?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir y mapear el proceso del presupuesto.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Sí, es basado por la ley de presupuesto municipal, que se pide en septiembre de cada año para la aprobación en noviembre.

¿Cómo funciona? Se basa en el año anterior, planificamos, presentamos la propuesta al consejo y consejo aprueba, desaprueba o modifica.

2. ¿Existe un sistema de control presupuestario para su Institución?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de control presupuestario.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

No, no hay un control permanente.

¿Qué Programa contable ocupan? Cas Chile

3. ¿Existe periódicamente algún reporte del total de gastos realizado por su Institución?, señalar Si o No, y ¿cuál?

En el caso de **Si**, favor de describir el(los) reporte(s) del total de gastos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Si, el cas Chile

4. ¿Dispone de sistemas de información y /o estadísticos sobre los cuales se puede llegar a determinar los costos de los productos y/o servicios de su Institución?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de información y /o estadísticos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

#### **Respecto de los ingresos y aportes a la Red de Urgencias de APS**

1. ¿Existen aportes de la municipalidad para la APS?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir y cuantificar los aportes.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Si, el aporte existe cuando se acaba la palta del convenio.

¿Cómo funciona ese convenio? La Dirección de Servicio transfiere de manera mensual 5.283.481. Netamente para el recurso humano de urgencia.

Cuando se termina este recurso la municipalidad traspasa del presupuesto para los gastos de funcionamiento.

¿Esto está documentado? Se trabaja con gastos de funcionamiento

2. ¿Existe financiamiento para los programas SAPU y/o SUR?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el financiamiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

No, Se financia con el aporte de la Dirección de Servicio.

3. ¿Existen mecanismos de control?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el o los mecanismos de control.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Don William es el que hace el mecanismo de control, el que autoriza o desautoriza contrataciones o compras.

#### **Pauta Mecanismos de Pago APS**

1. ¿La municipalidad cuenta con convenios por ECE SAPU y/o SUR con el Servicio de Salud?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir/identificar el o los convenios.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Sí, tenemos de SAPU que es de verano "El Manzano" que funciona desde enero a marzo, que llega un dinero bajo convenio de la Dirección de Servicio, que permite contratar a medico por 3 meses, compra de insumos, medicamentos y traslado.

2. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos por estos convenios?  
Alrededor de 18 millones. (Solicitar convenio)
3. ¿La Municipalidad entrega recursos adicionales a los transferidos por FONASA/Servicio de Salud para la APS?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de señalar tales recursos.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
Solo por per cápita
4. ¿Qué incentivos se generan producto de los mecanismos de pago utilizados por FONASA?  
No
5. ¿Qué mecanismos de control y seguimiento de los flujos de fondos existen en este Municipalidad y en sus establecimientos de APS?  
Si, el sistema lo hace bajo cuenta presupuestaria, todos los documentos pasan por la municipalidad, directivos, control.

#### **Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de las relaciones entre la "Red de Urgencia" y el sector privado**

Para los pacientes que consultan en SAPU/SUR

1. ¿Cuál es el Número de pacientes pertenecientes a Isapres que consultan en el Servicio de Urgencia en un año?  
No, se ha incorporado. Se cobra antes del ingreso 5000 pesos
2. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes  
No
3. ¿Existe un procedimiento de cobro a pacientes asegurados de Isapres?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
Se paga la consulta integral, además de exámenes, del procedimiento que son 1500 pesos
4. ¿Qué se cobra?: es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?  
Honorarios, procedimientos, exámenes.
5. ¿Existe procedimiento para el cobro de estos pacientes?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Si

6. Monto en pesos de las ventas mensuales del servicio de urgencia a estos pacientes.  
50 mil pesos mensual. (Solicitar ventas mensuales)
  7. ¿Existe un procedimiento de cobro del SOAP?, ¿El procedimiento considera cómo se cobra?, ¿qué se cobra?, es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?  
No
  8. Tiempos promedios de cobro.
  9. Número de atenciones a asegurados del SOAP en APS.  
Este mes van 4
  10. Diagnósticos de los pacientes asegurados del SOAP en APS.  
No.  
En caso de hospitalización, el número de días de hospitalización de los asegurados del SOAP.
- Compra a establecimientos privados
11. Número de pacientes derivados directamente desde SAPU/SUR a Establecimientos privados.
  12. Establecimientos privados a los cuales derivan.
  13. Si se compra a Privados ¿qué se compra en relación a una atención de urgencia? ¿Existe Convenio?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir/identificar el convenios.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
No
  14. ¿Existe procedimiento para la derivación de estos pacientes?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
No
  15. Monto en pesos de las compras mensuales de la APS a prestadores privados dentro del marco de derivación desde la unidad de emergencia; por concepto de: camas por tipo, exámenes imagenología, pabellones.  
No.
  16. Tiempos promedios de pago al prestador privado.  
No

17. ¿Se realiza algún tipo de Auditoría y/o Control de Calidad por parte de su Institución respecto de la atención de sus pacientes derivados al privado?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el proceso de Auditoría y/o Control de Calidad.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

No

**Entrevista al Dr. Rodrigo Sandía  
Director del Hospital de Pichidegua**

**Instrumento de Área Operacional (Clínico – Asistencial)**

**Consultor responsable Entrevista:**

Entrevista

Hora de inicio: 15:20

Hora de término: 16:46

Entrevistado

Nombre: Rodrigo Sandía

Profesión: Médico Cirujano

Años de Profesión: 3 años

Cargo: Director Hospital Pichidegua

Años en el cargo: 1 año

Años en el área de Urgencia: 3 años

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

**Su desempeño es área clínica y Organizacional**

**Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?

Asegurar el buen funcionamiento del Servicio de Urgencias del Hospital de Pichidegua que brinda atenciones de primera necesidad a la comuna y recibir pacientes muchas veces casos sociales, de baja complejidad de otras localidades, comunas cuando el recurso cama no lo permite en otros Hospitales y a sus veces derivar hacia Hospitales más grandes.

2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador:** Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.)

Mecanismos formales el CIRAM, consejos integrados de la red asistencial están los ampliados y los de la micro área.

Los ampliados involucran los directores de los hospitales a veces acompañados de los jefes de urgencias.

Los CIRAM de micro área de la carretera de la fruta nos juntamos los directores para tratar temas de contingencia y eventualmente con los jefes de urgencia para coordinar temas más específicos y técnicos.

Estamos organizados a través de una red local de Urgencias centralizada en el Servicio de Salud por el Departamento de Urgencias lo coordina Luis Moreno el ve la carga asistencial en los hospitales, avisa como están los centros de derivación de mayor complejidad Rancagua, San Fernando para tener un plan de contingencia si tenemos que derivar pacientes. En la práctica nosotros funcionamos en el papel no como una

red de derivación que va desde la menor complejidad hasta Rancagua. De las postas rurales llegan acá luego derivamos a Rengo y si está mal a Rancagua eso es lo formal. En lo informal nosotros nos comunicamos directamente con Rancagua.

Además tenemos un sistema electrónico para poder coordinarnos con la red se llama TELE ASISTENCIA existe un departamento de tele asistencia en el servicio de salud donde hay distintos medios de comunicación como email, whatsapp. Presentamos pacientes o casos y ellos van gestionando una solución de la forma más rápida, atenciones ambulatorias y para urgencias.

A nivel regional está la gestión de camas no funciona muy bien falta información al respecto del tipo de pacientes que se derivan los registros no están muy claros no hay comunicación entre médicos.

El índice ocupacional tiene un promedio cercano al 68 a 70%.

3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?

Reuniones del Servicio de Urgencia tres a cuatro veces al año, no más que eso.

4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero)

- Referente al tipo cartera de servicios que tiene los hospitales
- Informar si aumenta o disminuye alguna prestación
- Mejorar los criterios de derivación
- Insumos médicos, arsenal de medicamentos que debe haber en cada establecimiento.

5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza).

Las decisiones vienen tomadas, son más bien informativas

6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas? (Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.)

Se entrega en formato papel, el encargado lo difunde en los establecimientos que corresponden, se manda vía formal, vía ordinario para distribuirlo en el Hospital, correo electrónico.

7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la medida.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

No, hay un protocolo de retroalimentación del uso y recibo de la información recibida.

8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?

Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?

El sistema es FONENDO. La función de urgencias es la que más se utiliza llega un paciente al SOME ingresa sus datos esa atención aparece al paramédico que está controlando signos vitales, aparece la cantidad de atenciones que ha tenido durante el último año luego se imprime la hoja.

No en todos los hospitales pueden escribir la anamnesis y examen físico del diagnóstico y tratamiento del paciente no está habilitado acá solo podemos escribir en los signos vitales.

9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la instancia.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Trabajamos con organizaciones sociales el consejo de desarrollo local nos reunimos una vez al mes hablar temas del hospital, recibir comentarios de la comunidad, mejorar el trato.

10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?

A nivel comunal estamos en el comité de emergencias que lo componen un integrante Bomberos, Carabineros y el Departamento de Emergencia de la Municipalidad. Tenemos un protocolo eventual ante una catástrofe.

Si hay accidente se envía la ambulancia se dirige al hecho con el paramédico si se requiere mayor apoyo se avisa al SAMU de Peumo demora 20 minutos.

Contamos con dos ambulancias pero un chofer de turno.

### **Entrevista al Dr. Rodrigo Sandía Director del Hospital de Pichidegua**

#### **Instrumento de Indicadores**

Entrevistado Rodrigo Sandía

Profesión: Médico Cirujano

Años de Profesión: 3 años

Cargo: Director Hospital Pichidegua

Años en el cargo: 1 año

Años en el área de Urgencia: 3 años

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

**Su desempeño es área clínica y administrativa**

#### **Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

1. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.

Los únicos son: el número total, la categorización diariamente, satisfacción usuaria mensualmente, con una encuesta. Se envían a Rancagua

### **Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?  
En cuanto a la categorización y al número de consultas un 100% en el fondo medimos todo. La satisfacción usuaria discrepo de la metodología que se utiliza porque son encuestas que la persona se sienta intimidada, puede ser un paciente conocido.
2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.
3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión de su unidad?

El número total de consultas y categorización nos ayuda a planificar a grandes rasgos. Cuánto gastamos no tenemos un control detallado de insumos y medicamentos que utilizamos, una idea de cuantas camas debemos tener disponibles si pasa algo.  
En de satisfacción usuaria nos concentraremos en la sección de comentarios para tratar de mejorar las cosas.

4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?
  - La estadística de la categorización la llevan dos paramédicos a fin de mes se entrega a estadística.
  - La cantidad de atenciones la ingresa la encargada de estadísticas.
  - La satisfacción usuaria la lleva la encargada de OIRS.
5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?  
La ventaja que veo los datos nos sirven para tener claro el desempeño que tenemos como servicio de urgencias, para evidenciar las mejoras y el déficit que tenemos en recursos humanos de instrumental.  
Las desventajas que veo en la satisfacción usuaria que se puede perder datos.  
Son números muy generales mas desglosadas las atenciones.  
No queda claro para qué efectos se necesita la información.
6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?

### **Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua (el objetivo es aprovechar la experiencia y conocimiento de los entrevistados para mejorar el conjunto de indicadores)**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.
2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?

3. ¿Quién los definió?
4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?
5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.
6. ¿Cómo mantiene los cambios?
7. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.

#### **Sección 4: necesidad de indicadores**

1. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?
  - Tiempos de espera
  - Poli consultantes
  - Localidad de donde consulta
  - Horarios de consultas
2. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.). CUALES SON LAS BARRERAS QUE IMPIDEN SU CALCULO HOY.  
Tener un proceso de digitación de datos y la sea por falta de personal.
3. ¿Qué indicadores de los actuales usted dejaría de calcular?
4. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
5. ¿Cuál es su opinión, en cuanto a factibilidad, pertinencia y utilidad, de los siguientes indicadores? (se muestran los indicadores que se originan de este proceso de consultoría).

#### **Pauta de Cotejo – Observación Proceso General de Atención de Urgencia**

(Para ser realizada en cada uno de los establecimientos de la muestra, con el acompañamiento de un profesional del establecimiento)

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista

Hora de inicio:

Hora de término:

Nombre: Rodrigo Sandía

Profesión: Médico Cirujano  
 Años de Profesión: 3 años  
 Cargo: Director Hospital Pichidegua  
 Años en el cargo: 1 años  
 Años en el área de Urgencia: 3 años  
 Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:  
 Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

#### **Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

Parámetro					Observaciones
Elemento/Componente/Estrategia evaluado					
¿Dispone de un diagrama o documento similar a este en el servicio?	Sí	■	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio de la Red de Urgencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	Protocolo de derivación
¿Existe un proceso propio del establecimiento?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cómo se deciden eventuales modificaciones al proceso?					Consejo técnico
¿Cómo se difunden las eventuales modificaciones al proceso?					Reuniones por servicios
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	■	No	No responde / No sabe	No corresponde	No las utilizan
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?					
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?					
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?					

#### **Pauta de Cotejo Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Admisión de Urgencia	Proceso administrativo, por medio del cual se ingresa al paciente a la atención de urgencia a fin de otorgarle una prestación clínica. A través de este proceso se confirma la identidad del paciente, sus antecedentes previsionales, el plan de salud o convenio para el evento de atención, el área de referencia y el motivo de consulta principalmente.	NO	Tomar los datos por protocolo del servicio de salud tenemos diez minutos para categorizar se registra el motivo de consulta.	

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Atención y Entrega de Información al Público	Proceso que entrega información a los familiares y acompañantes sobre el estado de salud y otra información relevante asociada a los pacientes que se atienden en un establecimiento de salud.	NO	Pueden entrar a veces los familiares después de estar estabilizado.	
Selector de Demanda	Proceso clínico que consiste en la aplicación de un instrumento confiable como método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles, para determinar la complejidad de la urgencia. Permite mayor objetividad en el proceso de priorización de la oportunidad de atención clínica de los pacientes	SI	Paramédicos de acuerdo al protocolo	Se encuentra en el pasillo
Coordinación de Actividades	Subproceso en donde se coordina todo lo necesario para que ocurran las actividades durante la atención clínica del paciente.		Por teléfono celular, nosotros avisamos que hay radiografía cuando esta lista ellos avisan para	
Evaluación Médica	Proceso que consiste en el conjunto de actividades clínicas que se realizan al paciente a cargo de los profesionales de salud (interconsultas, procedimientos, Etc.).	NO	Pasa al box el médico evalúa al paciente se diagnostica de pasa al box de tratamiento y eventualmente dependiendo de su condición pasa al reanimador o incluso en la sala de espera si es para esperar algún examen.	
Gestión de Indicaciones Médicas	Proceso encargado de la administración y ejecución de las indicaciones dadas por el médico.		Se anota en el DAU a mano y se llena el formulario los exámenes a tomar o la radiografía luego el paciente lo lleva a recaudación y dependiendo de la previsión se la pasa al técnico. Si el paciente está grave el técnico se encarga.	

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Dispensación y administración de medicamentos.	Proceso encargado de la gestión de administración dispensación de fármacos e insumos a los pacientes que tengan una prescripción médica.		En la hoja de urgencias indicación médica el paramédico la administra. Si es FONASA C-D sabemos que debe recaudar para el cobro. Solo se dan medicamentos a pacientes GES	
Imagenología	De acuerdo a la indicación del médico se realiza un examen de imagen para apoyo al diagnóstico (RX, RMN, Tomografía, etc.).		La TENS pasa a recaudación luego se lleva a ra	
Laboratorio clínico	De acuerdo a los exámenes solicitados por el médico se toman las muestras correspondientes y se procede ser analizadas en el Laboratorio Clínico, emitiendo luego el resultado respectivo.			
Procedimientos diagnósticos	Proceso encargado de realizar procedimiento que permitan confirmar diagnósticos como endoscopia, cistoscopia, etc.		Hay un eco grafo para orientarnos más que nada nadie tiene capacitación	
Indicación de observación	Proceso encargado de la atención del paciente que al ser evaluado en primera instancia con el médico este decide dejarlo un periodo de tiempo en reposo en el servicio de urgencia con el objetivo de evaluar exámenes o evolución de acuerdo a las indicaciones dadas.		Indicación verbal y se anota en la hoja.	
Registro de prestaciones e insumos	Proceso por el cual se lleva cabo registro y cobro de las prestaciones e insumos.		En el DAU se pasa como receta colectiva	
Coordinación de actividades	Proceso administrativo que tiene como finalidad preocuparse de que se gestionen los puntos críticos existentes en la atención de Urgencia.			
Alta administrativa	El Subproceso administrativo, por medio del cual, se genera toda la documentación respectiva para el alta o derivación del paciente. También se realiza el cobro de las		El médico manda la hoja entrega la copia del DAU pasa a recaudación dependiendo de la previsión.	

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
	prestaciones.			
Alta médica	Proceso por el cual el médico realiza el egreso del paciente esto incluye diagnósticos, resumen de la hospitalización, indicaciones al alta y registros estadísticos obligatorio			
Atención de hospitalización	Proceso encargado de la atención clínica de los pacientes que de acuerdo a su estado requieran estar hospitalizados.		Se indica en el DAU y se avisa verbalmente al paramédico se pone el brazalete de identidad.	No hay enfermera de turno solo diurno.

**Entrevista a Faustino Ovalle**  
**Encargado de Finanzas del Hospital de Pichidegua**  
**Área Administrativa/Financiera CDT y Hospitales**

**Pauta Análisis de Procesos y Subprocesos Atención de Urgencia**

**Datos del Entrevistado**

Nombre: Faustino Ovalle

Profesión: Contador

Años de Profesión: 38 años

Cargo: Encargado de finanzas

Años en el cargo: 38 años

**Datos Establecimiento LLENAR POR EL CONSULTOR CON OTRA PERSONA Y NO  
EL ENTREVISTADO PREGUNTAR A DIRECTOR DEL HOSPITAL**

Identificación del Establecimiento:

Descripción general:

Población asignada (2009-2013):

Dependencia Administrativa:

Dependencia interna:

Dependencia financiera y presupuestaria:

Centro de referencia del Establecimiento:

Centros de derivación:

**Levantamiento Procesos Presupuestarios**

1. ¿Existe un proceso de elaboración de Presupuesto para su Institución?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir y mapear el proceso del presupuesto.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Se elabora en el Servicio Salud.

Se realiza en base al presupuesto histórico con una leve alza.

2. ¿Existe un sistema de control presupuestario para su Institución?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de control presupuestario.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Mediante el programa SIFE.

3. ¿Existe periódicamente algún reporte del total de gastos realizado por su Institución?, señalar Si o No, y ¿cuál?

En el caso de **Si**, favor de describir el(s) reporte(s) del total de gastos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

NO

4. ¿Dispone de sistemas de información y /o estadísticos sobre los cuales se puede llegar a determinar los costos de los productos y/o servicios de su Institución?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de información y /o estadísticos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

NO

#### **Pauta Mecanismos de Pago Hospitales y CDT**

1. ¿Existe relación entre mecanismos de pago y costo de las atenciones?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la relación.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

El servicio los recibe a nivel regional y luego traspaso al hospital, separados en PPI, PPV y APS

2. ¿Existen incentivos generados por los mecanismos de pago?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir los incentivos y sus mecanismos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

No, La valoración lo maneja Rancagua, hay un compromiso anual pero pueden pagar menos que eso.

3. ¿Existen mecanismos de control?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el o los mecanismos de control.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

En Google Drive que ingresamos todos los meses las prestaciones valoradas con que nos comprometemos a principio de año.

4. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por PPI y PPV?

PPI un 90%

PPV el 10%

5. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por concepto de atenciones de urgencia (PPV)?

A nosotros nos llega todo como bolsa.

6. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento forman parte de alguna canasta GES?

No lo manejo

7. ¿Existe un registro independiente para estas atenciones?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de indicar tales registros.

Documentación de respaldo (Solicitar)

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Estadística va registrando en SIGES.

8. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento no forman parte del Programa de Prestaciones Valoradas?

9. ¿Considera UD. que el valor de las canastas PPV cubre adecuadamente los costos para entregar las prestaciones respectivas (especialmente referido a urgencia)?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.

Documentación de respaldo (Solicitar)

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

10. ¿Se han realizado estudios al respecto?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.

Documentación de respaldo (Solicitar)

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

11. ¿A cuánto asciende la recaudación por copagos (en el establecimiento y en particular en el servicio de urgencia)?

Como ochocientos mil a setecientos.

CONVENIOS CON:

- Servicio de Salud con una empresa agrícola, prestación de salud a trabajadores.
- Municipalidad por horas medicas.
- Rayos
- Oxígeno

#### **Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de las relaciones entre la "Red de Urgencia" y el sector privado**

Para los pacientes que consultan en la unidad de emergencia hospitalaria

1. ¿Cuál es el Número de pacientes pertenecientes a Isapres que consultan en el Servicio de Urgencia en un año?

Pocos pero hay.

2. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes

3. ¿Existe un procedimiento de cobro a pacientes asegurados de Isapres?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Se realiza por día desde el ingreso al egreso se sacan los días de hospitalización se hace el cobro respectivo según la hoja de atención de enfermería se cobra al paciente y el reembolsa.

4. ¿Qué se cobra?: es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?

5. ¿Existe procedimiento para el cobro de estos pacientes?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

A través de la indicaciones medicas se realiza un pedido diario se va contabilizando solo para los que tiene que pagar.

6. Monto en pesos de las ventas mensuales del servicio de urgencia a estos pacientes.
7. ¿Existe un procedimiento de cobro del SOAP?, ¿El procedimiento considera cómo se cobra?, ¿qué se cobra?, es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?  
No, se ha podido cobrar los SOAP se entrampa en el parte de carabineros porque tiene un cierto plazo para el cobro.
8. Tiempos promedios de cobro.
9. Número de atenciones a asegurados del SOAP en Urgencias.
10. Diagnósticos de los pacientes asegurados del SOAP en Urgencias.
11. En caso de hospitalización, el número de días de hospitalización de los asegurados del SOAP.

#### **Para los pacientes que son ingresados desde el servicio de urgencia a Hospitalización**

1. Número de pacientes que son hospitalizados
2. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes
3. Motivo de Ingreso: ¿Ley de Urgencia?
4. Promedio de días de estada para estos pacientes
5. ¿Estos pacientes son rescatados por las aseguradoras?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir cómo.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
6. ¿Existe un procedimiento de cobro a pacientes asegurados de Isapres?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
7. ¿Qué se cobra?: es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?

8. ¿Existe procedimiento para el cobro de estos pacientes?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
9. Monto en pesos de las ventas mensuales del hospital a estos pacientes.
10. Tiempos promedios de cobro.
11. Tiempos promedios de pago por parte del asegurador privado.

### **Compra a establecimientos privados**

1. Número de pacientes derivados directamente desde el hospital y/o Unidad de Emergencia a Establecimientos privados.
2. Establecimientos privados a los cuales derivan.
3. Tipo de camas más compradas.
4. ¿Existe Convenio?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir/identificar el convenios.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
5. ¿Existe procedimiento para la derivación de estos pacientes?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
6. Monto en pesos de las compras mensuales del hospital a prestadores privados dentro del marco de derivación desde la unidad de emergencia; por concepto de: camas por tipo, exámenes imagenología, pabellones.
7. Tiempos promedios de pago al prestador privado.
8. ¿Se realiza algún tipo de Auditoría y/o Control de Calidad por parte del hospital respecto de la atención de sus pacientes derivados al privado?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el proceso de Auditoría y/o Control de Calidad.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.

**Entrevista a Dr. Sebastian Glaria, Director de Hospital SVTT, Dra. Andrea Vega, Subdirector de Hospital SVTT y Dr. Fabian Moraga, jefe de Urgencias Hospital SVTT**

**Instrumento de Área Operacional (Clínico – Asistencial)**

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista

Hora de inicio: 11:05

Hora de término: 12:45

Entrevistado

Nombre: Andrea Vega

Profesión: Médico Cirujano

Años de Profesión: 3 años

Cargo: Subdirector Médico subrogante

Años en el cargo: 2 años

Años en el área de Urgencia:

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

Desempeño mis labores en Ámbito Clínico y 22 horas Administrativas.

**Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?

Como todo Hospital de baja complejidad brindamos principalmente atención de Urgencia a la comuna y a todo paciente que ingresa al Servicio de Urgencia esperamos a futuro que sea un Hospital de derivación, de Hospitales más chicos y derivador en caso de patologías más complejas.

Derivados actualmente son muy pocos solamente por contacto telefónico de Hospital más chicos por ejemplo si un colega de las cabras requiere derivación estrictamente es a Peumo. En primera instancias pero el colega de Peumo no tiene la Enfermera o exámenes nos contactan y recibimos los pacientes previa coordinación telefónicamente.

Llegan los accidentes derivamos los pacientes y regresan después de ser evaluados en el hospital de mayor complejidad. Derivamos al Hospital de Rengo y Rancagua dependiendo de la gravedad del paciente de los exámenes que requiera porque el hospital de Rengo es de mediana complejidad por lo tanto en el servicio de urgencias existe Medico General, fuera del horario hábil no hay Médico especialista y no cuenten con escáner ni tampoco exámenes 24 hrs.

Para la derivación de pacientes a veces no se envían directo a Rancagua se habla con Rengo, y este solicita que sea evaluado en Rancagua, cuando se complica avisamos a Rancagua directamente que enviamos un paciente que Rengo no resolvió.

Tenemos entendido que esta protocolizado pero no es lo que guía llamamos mejor para saber que el paciente será atendido no va a llegar por sorpresa para coordinar una mejor evaluación y saber qué proceso se realizó.

2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador:** Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.)

Existe una coordinación interna entre enfermería por gestión de camas pero más que eso es para paciente.

Reuniones como red de urgencia han existido pero son esporádicas, como micro área carretera de la fruta se han juntado más Rengo, San Vicente, Peumo, incluyendo los CESFAM no necesariamente como reunión de urgencias.

Cuando son de urgencias son solo para una temática específica ejemplo lo que llego es reanudar el plan de emergencias y desastres, no como semestrales o periódicas para coordinar, solo temas específicos.

Respuesta Enfermero Urgencias Fabián Moraga:

Las reuniones de red de urgencias se está recién implementando para establecernos bien como red y poder coordinar cosas, involucra a los Hospitales de baja complejidad que están en la carretera de la fruta, el Hospital de Rengo como nuestro centro derivador y el Hospital de Rancagua como base de la Región.

3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?

4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero)

En reuniones que se realizaron mencionaron otros jefes de Urgencias que cuando se juntan realizan solo catarsis y nunca llegan a algo concreto.

Por lo general son nuevos procesos por el ingreso de nuevos especialistas a hospitales grandes más que protocolos en sí.

5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza).

Llegan por resolución exenta pero muchas veces sin organizarse para explicar la resolución.

6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas? (**Encuestador:** Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.)

7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la medida.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?

Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores? Contamos con FONENDO un sistema de registro y atención de pacientes se registra motivo de consulta categorización signos vitales cuando se deriva a otro lado también lo categorizan y no aparece la información de la atención anterior a pesar que tienen FONENDO excepto el Hospital de Rancagua creo que utiliza otra cada hospital es independiente.

9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la instancia.

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Hay ciertas agrupaciones que son organizadas por bomberos principalmente donde se juntan a ver la organización de los planes de emergencia y desastres.

Pero que la comunidad ayude en análisis y en cuanto al tema de urgencias no se realizan.

10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?

No tenemos algo establecido para responder.

### Instrumento de Indicadores

#### Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)

1. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.

No tenemos indicadores que estemos vigilando estamos en un proceso de aprendizaje, estrictamente de los indicadores se hacía responsable la jefa de SOME.

No enviamos indicadores solo números brutos.

Sólo se categorizan los pacientes en Urgencias por FONENDO excepto los pacientes C1 se atienden de inmediato.

#### Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?
2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.
3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión de su unidad?
4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?
5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?
6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?

**Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua (el objetivo es aprovechar la experiencia y conocimiento de los entrevistados para mejorar el conjunto de indicadores)**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.
2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?
3. ¿Quién los definió?
4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?
5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.
6. ¿Cómo mantiene los cambios?
7. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.

**Sección 4: necesidad de indicadores**

1. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?
2. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.). CUALES SON LAS BARRERAS QUE IMPIDEN SU CALCULO HOY.
3. ¿Qué indicadores de los actuales usted dejaría de calcular?
4. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
5. ¿Cuál es su opinión, en cuanto a factibilidad, pertinencia y utilidad, de los siguientes indicadores? (se muestran los indicadores que se originan de este proceso de consultoría).

**Pauta de Cotejo – Observación Proceso General de Atención de Urgencia**

**Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

Parámetro					Observaciones
Elemento/Componente/Estrategia evaluado					
¿Dispone de un diagrama o documento similar a este en el servicio?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	Contamos con un protocolo enviado desde la dirección de servicio de categorización de pacientes
¿Existe un proceso propio de la Red de Urgencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio del establecimiento?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	Hay un protocolo local pero las variaciones son mínimas respecto al que envió la dirección de servicio
¿Cómo se deciden eventuales modificaciones al proceso?	Precisamente en ese contexto se elaboró el protocolo local por los tiempos de atención, por contención física, farmacológica frente a situaciones				
¿Cómo se difunden las eventuales modificaciones al proceso?					
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	

Parámetro				Observaciones
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?	Las más antiguas estuvieron en revisión por el jefe de servicio			
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?	Enfermera se encarga de redactarlos para luego pasar revisión médica y de la comisión			
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?	Se entrega personalmente a los jefes de servicio luego al personal y están disponibles en todos los computadores de todos los servicios.			

Comentarios:

Funcionamiento de la red el servicio de urgencias es complejo a nivel regional porque nuestro centro base Rancagua es pequeño para la población no de abasto por especialista camillas la derivación hacia allá siempre es compleja.

Localmente nuestro Hospital es complicado tenemos una alta cantidad de atenciones diarias en donde hay solo un medico de turno en donde hay para todo el hospital contando hospitalizados y urgencias.

#### **Pauta de Cotejo Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Admisión de Urgencia	Proceso administrativo, por medio del cual se ingresa al paciente a la atención de urgencia a fin de otorgarle una prestación clínica. A través de este proceso se confirma la identidad del paciente, sus antecedentes previsionales, el plan de salud o convenio para el evento de atención, el área de referencia y el motivo de consulta principalmente.		Existe una recaudadora con un turno de 24hrs se encarga de digitar en el FONENDO luego de tomar los signos vitales las TENS categorizan según protocolo.	
Atención y Entrega de Información al Público	Proceso que entrega información a los familiares y acompañantes sobre el estado de salud y otra información relevante asociada a los pacientes que se atienden en un establecimiento de salud.		La mayoría de los pacientes entran acompañados por algún familiar eso está protocolizado por una orden interna.	

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Selector de Demanda	Proceso clínico que consiste en la aplicación de un instrumento confiable como método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles, para determinar la complejidad de la urgencia. Permite mayor objetividad en el proceso de priorización de la oportunidad de atención clínica de los pacientes		Los protocolos de categorización son transversales en todo Chile. Los tiempos de atención no lo hemos medido porque el sistema no identifica cuando uno ingresa al paciente no se puede agregar la hora de las intervenciones. Hay un médico por turno y en la noche residente atiende medicina, maternidad, pediatría pensionado y urgencia. Tenemos 55 camas dotación completa y el porcentaje de utilización es de cercano al 50%	
Coordinación de Actividades	Subproceso en donde se coordina todo lo necesario para que ocurran las actividades durante la atención clínica del paciente.		Existen protocolos desde el TRIACH hacia dentro del flujo de pacientes.	
Evaluación Médica	Proceso que consiste en el conjunto de actividades clínicas que se realizan al paciente a cargo de los profesionales de salud (interconsultas, procedimientos, Etc.).		. No tenemos protocolos pero si acuerdos internos.	
Gestión de Indicaciones Médicas	Proceso encargado de la administración y ejecución de las indicaciones dadas por el médico.			
Dispensación y de administración medicamentos.	Proceso encargado de la gestión de administración dispensación de fármacos e insumos a los pacientes que tengan una prescripción médica.		Se indica en el papel se avisa se deja al paciente en el sector de procedimiento y se sigue atendiendo el resto por acuerdos generales. La indicación es solo por personal médico la administración de personal clínico.	
Imagenología	De acuerdo a la indicación del médico se realiza un examen de imagen para apoyo al diagnóstico (RX, RMN, Tomografía, etc.).		Es por solicitud médica luego pasa por recaudación para colocar los timbres y poder cobrar.	
Laboratorio clínico	De acuerdo a los exámenes solicitados por el médico se toman las muestras correspondientes y se procede ser analizadas en el Laboratorio Clínico,		Días hábiles desde las 8 a las 7 Fin de semana y festivos desde 10 a 4 de la tarde.	

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
	emitiendo luego el resultado respectivo.			
Procedimientos diagnósticos	Proceso encargado de realizar procedimiento que permitan confirmar diagnósticos como endoscopia, cistoscopia, etc.			
Indicación de observación	Proceso encargado de la atención del paciente que al ser evaluado en primera instancia con el médico este decide dejarlo un periodo de tiempo en reposo en el servicio de urgencia con el objetivo de evaluar exámenes o evolución de acuerdo a las indicaciones dadas.		Tenemos cuatro camillas de observación Se anota las horas de observación indicadas y el tratamiento uno se rige por el horario de la indicación.	
Registro de prestaciones e insumos	Proceso por el cual se lleva cabo registro y cobro de las prestaciones e insumos.		Existe una receta colectiva, se le cobra a Los ISAPRES y los particulares.	
Coordinación de actividades	Proceso administrativo que tiene como finalidad preocuparse de que se gestionen los puntos críticos existentes en la atención de Urgencia.		Estamos organizados en caso de alguna urgencia vital.	
Alta administrativa	El Subproceso administrativo, por medio del cual, se genera toda la documentación respectiva para el alta o derivación del paciente. También se realiza el cobro de las prestaciones.		Esta en acuerdo la orden medica si el paciente esta de alta el médico entrega las indicaciones pero pasa a recaudación para verificar su previsión.	
Alta médica	Proceso por el cual el médico realiza el egreso del paciente esto incluye diagnósticos, resumen de la hospitalización, indicaciones al alta y registros estadísticos obligatorio			
Atención hospitalización de	Proceso encargado de la atención clínica de los pacientes que de acuerdo a su estado requieran estar hospitalizados.		Esta normado se hace el ingreso estadístico ingreso medico se entrega a enfermería avisa al servicio y la enfermera coordina la disponibilidad de camas.	

**Entrevista a Rocío Espinoza Quítral**  
**Subdirectora Administrativa del Hospital de San Vicente y al Sr. Juan Carlos Ahumada, Encargado de Contabilidad del Hospital de San Vicente de Tagua Tagua.**  
**Área Administrativa/Financiera CDT y Hospitales**

**Pauta Análisis de Procesos y Subprocesos Atención de Urgencia**

**Datos del Entrevistado**

Nombre: Rocío Espinoza Quítral

Profesión: Ingeniera Comercial

Años de Profesión: 10 años

Cargo: Subdirector Administrativo

Años en el cargo:

**Datos del Entrevistado**

Nombre: Juan Carlos Ahumada Tobar

Profesión: Administrativo

Años de Profesión: 20 años

Cargo: Administrativo Finanzas Encargado Contabilidad

Años en el cargo: 20 años

**Datos Establecimiento LLENAR POR EL CONSULTOR CON OTRA PERSONA Y NO EL ENTREVISTADO PREGUNTAR A DIRECTOR DEL HOSPITAL**

Identificación del Establecimiento:

Descripción general:

Población asignada (2009-2013):

Dependencia Administrativa:

Dependencia interna:

Dependencia financiera y presupuestaria:

Centro de referencia del Establecimiento:

Centros de derivación:

**Levantamiento Procesos Presupuestarios**

1. ¿Existe un proceso de elaboración de Presupuesto para su Institución?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir y mapear el proceso del presupuesto.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Si se realiza un presupuesto anual, la dirección de servicio elabora el presupuesto y lo asigna solo tenemos que enmarcarnos en este presupuesto.

Dan el presupuesto por subtítulo parten de uno inicial es super bajo según cómo va el año nos van reajustando a medida que pasa el año.

2. ¿Existe un sistema de control presupuestario para su Institución?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de control presupuestario.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Sistema de control PF información se corrobora con el SIFE

3. ¿Existe periódicamente algún reporte del total de gastos realizado por su Institución?, señalar Si o No, y ¿cuál?

En el caso de **Si**, favor de describir el(los) reporte(s) del total de gastos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Vamos llevando el nuevo sistema de control, tratamos de tener reuniones casi mensuales con la dirección de servicio y los cinco Hospitales más grandes

4. ¿Dispone de sistemas de información y /o estadísticos sobre los cuales se puede llegar a determinar los costos de los productos y/o servicios de su Institución?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de información y /o estadísticos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Tenemos que tratar de cumplir con un indicador el ROED hay dar explicaciones de las variaciones, dependiendo mucho en los primeros meses estuvimos bajo el promedio que deberíamos haber gastado porque impusimos un pequeño plan de ahorro porque sabemos que los meses de campaña de invierno son los más críticos que por lo general llegan recursos pero desfasados entonces ahí tratamos de recortar un poco el presupuesto.

### **Pauta Mecanismos de Pago Hospitalares y CDT**

1. ¿Existe relación entre mecanismos de pago y costo de las atenciones?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir la relación.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Pagos por PPV se supone que lo están mandando y la diferencia usa en PPI

Ejemplo: los sueldos son doscientos millones son ciento treinta PPV y la diferencia PPI Independientemente, siendo la PPV una canasta que esta ya definida y hay prestaciones que se hacen acá.

Rancagua no podía esperar con las listas de espera y derivaban pacientes pero esos PPV no los enviaban aquí.

2. ¿Existen incentivos generados por los mecanismos de pago?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir los incentivos y sus mecanismos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

3. ¿Existen mecanismos de control?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el o los mecanismos de control.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Mandamos las estadísticas las manejamos pero siempre están las peleas en las reuniones de finanzas porque produce tanto PPV y llega menos.

Los dineros llegan por programas, el PPV llegan por pago de sueldos cuando hay remesa pago de deudas es casi toda PPI.

Lo único que llega aparte de urgencia son campañas de invierno

4. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por PPI y PPV?
5. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por concepto de atenciones de urgencia (PPV)?
6. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento forman parte de alguna canasta GES?

La de infarto y accidente cerebro vascular no lo pagan aparte. Lo que siempre dicen el presupuesto en la región es uno solo y ellos lo manejan nosotros nos quedamos con lo que nos manden

7. ¿Existe un registro independiente para estas atenciones?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de indicar tales registros.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
Si se informan en una estadística aparte.
8. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento no forman parte del Programa de Prestaciones Valoradas?
9. ¿Considera Ud. que el valor de las canastas PPV cubre adecuadamente los costos para entregar las prestaciones respectivas (especialmente referido a urgencia)?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
10. ¿Se han realizado estudios al respecto?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
11. ¿A cuánto asciende la recaudación por copagos (en el establecimiento y en particular en el servicio de urgencia)?  
La cifra del mes de mayo es \$6.991.280 solo que pagan FONASA letra C – D y los particulares que pagan.  
Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de las relaciones entre la "Red de Urgencia" y el sector privado.  
Para los pacientes que consultan en la unidad de emergencia hospitalaria.

12. ¿Cuál es el Número de pacientes pertenecientes a Isapres que consultan en el Servicio de Urgencia en un año?

13. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes

14. ¿Existe un procedimiento de cobro a pacientes asegurados de Isapres?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

15. ¿Qué se cobra?: es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?

16. ¿Existe procedimiento para el cobro de estos pacientes?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

17. Monto en pesos de las ventas mensuales del servicio de urgencia a estos pacientes.

18. ¿Existe un procedimiento de cobro del SOAP?, ¿El procedimiento considera cómo se cobra?, ¿qué se cobra?, es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?

El SOAP no está valorizado, casi todos los accidentes llegan como de trayecto como accidentes laborales no se están cobrando.

19. Tiempos promedios de cobro.

Los recaudadores valorizaban los SOAP pero luego tuvieron problemas con los partes policial, había que hacer una factura por cada persona y el parte policial era uno, la aseguradora recibía solamente el original en caso que fueran cinco pagaban por uno porque el parte era solo uno.

20. Número de atenciones a asegurados del SOAP en Urgencias.

21. Diagnósticos de los pacientes asegurados del SOAP en Urgencias.

22. En caso de hospitalización, el número de días de hospitalización de los asegurados del SOAP.

**Para los pacientes que son ingresados desde el servicio de urgencia a Hospitalización**

1. Número de pacientes que son hospitalizados
2. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes
3. Motivo de Ingreso: ¿Ley de Urgencia?
4. Promedio de días de estada para estos pacientes
5. ¿Estos pacientes son rescatados por las aseguradoras?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir cómo.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
6. ¿Existe un procedimiento de cobro a pacientes asegurados de Isapres?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
Son más bien atenciones ambulatorias y si es de mayor gravedad por lo general es la primera atención después se deriva.
7. ¿Qué se cobra?: es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?
8. ¿Existe procedimiento para el cobro de estos pacientes?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
Se ingresa en FONENDO lo verifica en FONASA cruzan la información lo destacan con amarillo y antes que se valla cobran la atención como pagan la atención dieciocho mil más cinco mil los signos vitales y exámenes.
9. Monto en pesos de las ventas mensuales del hospital a estos pacientes.
10. Tiempos promedios de cobro.
11. Tiempos promedios de pago por parte del asegurador privado.

**Compra a establecimientos privados**

1. Número de pacientes derivados directamente desde el hospital y/o Unidad de Emergencia a Establecimientos privados.  
No porque el paciente va por su cuenta derivamos a Rengo y ellos a Rancagua solo por la red.
2. Establecimientos privados a los cuales derivan.

3. Tipo de camas más compradas.
4. ¿Existe Convenio?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir/identificar el convenios.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
5. ¿Existe procedimiento para la derivación de estos pacientes?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
6. Monto en pesos de las compras mensuales del hospital a prestadores privados dentro del marco de derivación desde la unidad de emergencia; por concepto de: camas por tipo, exámenes imagenología, pabellones.
7. Tiempos promedios de pago al prestador privado.
8. ¿Se realiza algún tipo de Auditoría y/o Control de Calidad por parte del hospital respecto de la atención de sus pacientes derivados al privado?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el proceso de Auditoría y/o Control de Calidad.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar

**Entrevista a Dr. Claudio Parada Muñoz  
Subdirector Médico del Hospital de Peumo  
y a la Sra. Claudia Alegre Navas  
Enfermera Jefe de Servicios Clínicos.**

**Instrumento de Área Operacional (Clínico – Asistencial)**

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista

Hora de inicio:

Hora de término:

Entrevistado

Nombre: Claudio Enrique Parada Muñoz

Profesión: Medico Cirujano

Años de Profesión: tres y seis meses

Cargo: Sub Director Medico Hospital Peumo

Años en el cargo: dos años

Años en el área de Urgencia: tres y seis meses

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

Nombre: Claudia Andrea Alegre Navas

Profesión: Enfermera

Años de Profesión: seis años

Cargo: Enfermera Jefe de Servicios Clínicos

Años en el cargo: 1 mes

Años en el área de Urgencia: tres años

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

## **Preguntas**

1. ¿Cuál es su rol dentro de la red de urgencia?

Nuestro micro área es desde Rengo hasta las Posta de la comuna de Las Cabras, damos a atención a la población de Peumo y absorbemos Las Cabras que son para evaluación u hospitalizar.

Se deriva a San Vicente, Rengo, Rancagua. San Vicente es un Hospital 3 y medio, cuenta con algunos especialistas que nosotros no tenemos y laboratorio con un horarios más extendido, pero no derivamos mucho.

Luego viene Rengo, que tienen más disponibilidad de exámenes y radiografía, ahí nos podemos apoyamos más.

Y después viene Rancagua, esa es nuestra derivación formal.

¿Funcionan como macro red con Maule? No, tengo entendido que se está haciendo una alianza. Creo que se está formando esta macro Red.

2. ¿Cuáles son los mecanismos de coordinación actualmente existentes de su lugar de trabajo con el resto de los establecimientos de la red asistencial? (**Encuestador: Consultar por reuniones u otras instancias de coordinación, mecanismos de coordinación y comunicación, etc.**)

Con respecto al tema de Enfermería existen más reuniones, a través de la Dirección de Servicio, pero puntualmente como enfermera yo me comunico con las Cabras, Con Rengo tengo más comunicación que con san Vicente, pero es más relacionado con el tema de gestión de camas a pacientes hospitalizados, como urgencia propiamente tal no, apoyamos a la Cabras con ambulancia para el traslado de pacientes.

Como medico tenemos más que una relación, de punto de vista formal como Servicio de Salud creo que hay una reunión al año, no hay periódicas.

La última fue más informativa que para coordinar.

3. ¿Con qué periodicidad se realizan estas instancias?

De parte de enfermería sí, que son mensuales y presenciales organizadas por la Dirección de servicio y reúnen a la micro área.

¿Cómo medico? Existen las consultorías de cardiovascular, salud mental, pero no son de urgencia, no tenemos otra instancia.

Basado en nuestro bajo índice de ocupación, tenemos una cantidad alta de camas para la población 47 para 15 mil habitantes, somos el hospital de baja complejidad con más camas y aprovechando un programa presidencial "Hacer camas socio sanitario" se asignaron nuevos recursos de enfermera, fonoaudióloga, kinesióloga en intrahospitalario.

¿Ustedes en Peumo no tiene SAPU, SUR, SAUR? Tenemos un CESFAM que funciona con la población Rural

4. ¿Qué tipo de decisiones se toman en esta instancia? (**Encuestador: Consultar según las siguientes dimensiones: Clínico – Operacional - Financiero**)

En las reuniones informativas, como funcionara nueva me siento que la dirección de servicio está comprometido con los Hospitales más pequeños.

5. ¿Cómo se toman las decisiones? ¿Son decisiones unipersonales o grupales? (**Encuestador: Consultar por quién o quienes toman las decisiones y la forma en que esto se realiza.**)

6. ¿Cómo se informan o difunden en la red de atención las decisiones tomadas? (**Encuestador: Consultar por medios o mecanismos como por ejemplo oficios, correos electrónicos, página web, etc.**)

Sí, la página de la dirección y correos.

Como médicos, no hay una coordinación o contra referencia. Se realiza como gremio DF.

Enfermera: Fortaleza es la gestión de cama que se da en Hospital Rancagua, que es débil aún.

7. ¿Existe alguna medida especial para asegurarse que estas decisiones son conocidas por los distintos Elemento/Componente/Estrategia de la red de urgencia?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir la medida.  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
8. ¿Cuentan con algún sistema de información que les permita registrar, compartir y analizar información generada en el Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo?  
Si la respuesta es **Sí**, la información recolectada se utiliza para generar indicadores?
9. ¿Existe alguna instancia en que pacientes o agrupaciones de pacientes o población general participen como ente asesor o similar?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir la instancia.  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
Hay un comité de participación ciudadana, son dos instancias. Es informativo, que puedan hacer sugerencias, se juntan una vez al mes con el Director, Asistente Social y líderes naturales que representan a la comuna que no es exclusiva de Urgencia, son de todo el Hospital.
10. ¿Cómo responden a situaciones de emergencia o catástrofe o no previstas que involucren una o más redes de urgencia a nivel nacional?  
Hay un comité de emergencias que tienen relación con carabineros, bomberos que tienen protocolos.  
Como clínico sabemos que tenemos que ayudarnos y no hay nada formal.

#### **Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

1. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.  
Sí, tenemos protocolo de categorización y estamos viendo el tema de la acreditación y se están adecuados, ya se han analizado por el Director, falta el tema de calcularlos.  
Hay protocólalos asociados al porcentaje del denominado de pacientes atendidos en urgencia, el tiempo de espera de los C3.  
Enviaran 2009 y 2013.  
¿Tiene un diagrama o un flujo grama del ingreso hasta el egreso del paciente?  
No lo tenemos, hay un protocolo de categorización. Es del Servicio de Salud.  
¿Tienen un proceso propio? No  
¿Están midiendo el tiempo de espera de los pacientes? Fonendo debe tener el tiempo de espera con diferencia del tiempo real.  
¿Ustedes como unidad se juntan para unidad de urgencia, reuniones técnicas? Ahora estamos haciendo, antes eran más dirigidas.  
Marcia, Enfermera encargada de calidad  
¿Tuvieras los indicadores que miden Urgencia? Yo empecé a trabajar en calidad a partir enero, hasta la fecha no habido una medición retrospectiva de los indicadores, lo que me exigen es el tema de calidad, los indicadores que están asociados a la calidad

del paciente, enfocado en la pauta de cotejo del manual del estándar de atención cerrada, mormado por el ministerio.

Efectivamente hay protocolos que van enfocados a la atención cerrada, involucra al tema de atención de urgencia.

Nosotros hacemos tres mediciones actualmente, que son las ulceras por presión, las caídas y la identificación de los pacientes.

Y por urgencia es la medición de derivación oportuna de los pacientes, pero no es tiene medición.

Esta la administración segura de medicamentos endovenoso que inicia ahora en julio.

La que está en revisión en la categorización, enfocado en el tiempo de espera de los C3.

## **Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?

Cada vez que hacemos un cálculo muestra, tiene un margen de error del 0,005 y con un nivel del confiabilidad del 95 %, todos los indicadores se basan de esa forma, hay una obtención de datos conocidos, y para datos desconocidos.

El sistema de FONENDO en urgencia es malo, el sistema de categorización no queda el 10 % la categorización, puede ser por hora punta.

2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.

Trimestralmente, y los que se basan a nivel ministerial que serán semestralmente.

3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión de su unidad?

Todo esto es gestión, con números se pueden lograr más cosas como: más insumos, para pedir personal.

4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?  
Some, estadística.

5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?

Ventajas: es difícil tener ventajas porque es nuevo para nosotros, hay más desventajas. Entre las primeras se encuentra la mejor gestión de recursos tanto humano como material y entre las segundas los atrasos del personal por desconocimiento de los sistemas.

6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?

Son tan explícitos.

## **Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua(el objetivo es aprovechar la experiencia y conocimiento de los entrevistados para mejorar el conjunto de indicadores)**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.

Los analiza los jefes de servicio. Existen eventos críticos que se da la priorización.

2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?  
Actualmente estamos trabajando en el inta y en urgencia esa es nuestra prioridad. Los encargados de cada servicio.
3. ¿Quién los definió?  
No
4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?
5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.  
Los encargados de cada servicio
6. ¿Cómo mantiene los cambios?  
Hay eventos centinelas que son monitorizados por el servicio, es un plan de mejora continua.
7. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.  
Nosotros completamos un reporte que es semestral en caídas y ulceras por presión.

#### **Sección 4: necesidad de indicadores**

1. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?
2. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.). CUALES SON LAS BARRERAS QUE IMPIDEN SU CALCULO HOY.
3. ¿Qué indicadores de los actuales usted dejaría de calcular?
4. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
5. ¿Cuál es su opinión, en cuanto a factibilidad, pertinencia y utilidad, de los siguientes indicadores? (se muestran los indicadores que se originan de este proceso de consultoría).

**Pauta de Cotejo Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí - No - No Corresponde)	Descripción	Comentario
Admisión de Urgencia	Proceso administrativo, por medio del cual se ingresa al paciente a la atención de urgencia a fin de otorgarle una prestación clínica. A través de este proceso se confirma la identidad del paciente, sus antecedentes previsionales, el plan de salud o convenio para el evento de atención, el área de referencia y el motivo de consulta principalmente.	Si		
Atención y Entrega de Información al Público	Proceso que entrega información a los familiares y acompañantes sobre el estado de salud y otra información relevante asociada a los pacientes que se atienden en un establecimiento de salud.	No	Es contra reacción.	
Selector de Demanda	Proceso clínico que consiste en la aplicación de un instrumento confiable como método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles, para determinar la complejidad de la urgencia. Permite mayor objetividad en el proceso de priorización de la oportunidad de atención clínica de los pacientes	Si	Categorización	
Coordinación de Actividades	Subproceso en donde se coordina todo lo necesario para que ocurran las actividades durante la atención clínica del paciente.	no	Se está trabajando en un protocolo. Ahora se está haciendo muy intuitivo.	

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Evaluación Médica	Proceso que consiste en el conjunto de actividades clínicas que se realizan al paciente a cargo de los profesionales de salud (interconsultas, procedimientos, Etc.).	Si	Se indica en la hoja de atención. Esta normado	
Gestión de Indicaciones Médicas	Proceso encargado de la administración y ejecución de las indicaciones dadas por el médico.		Solo en C1	
Dispensación y administración de medicamentos.	Proceso encargado de la gestión de administración dispensación de fármacos e insumos a los pacientes que tengan una prescripción médica.		Se encuentran en gavetas	
Imagenología	De acuerdo a la indicación del médico se realiza un examen de imagen para apoyo al diagnóstico (RX, RMN, Tomografía, etc.).	no		
Laboratorio clínico	De acuerdo a los exámenes solicitados por el médico se toman las muestras correspondientes y se procede ser analizadas en el Laboratorio Clínico, emitiendo luego el resultado respectivo.			
Procedimientos diagnósticos	Proceso encargado de realizar procedimiento que permitan confirmar diagnósticos como endoscopia, cistoscopia, etc.			
Indicación de observación	Proceso encargado de la atención del paciente que al ser evaluado en primera instancia con el médico este decide dejarlo un periodo de tiempo en reposo en el servicio de urgencia con el objetivo de evaluar exámenes o evolución de acuerdo a las indicaciones dadas.			
Registro de prestaciones e insumos	Proceso por el cual se lleva cabo registro y cobro de las prestaciones e insumos.		En recaudación se realiza el cobro	

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Coordinación de actividades	Proceso administrativo que tiene como finalidad preocuparse de que se gestionen los puntos críticos existentes en la atención de Urgencia.			
Alta administrativa	El Subproceso administrativo, por medio del cual, se genera toda la documentación respectiva para el alta o derivación del paciente. También se realiza el cobro de las prestaciones.			
Alta médica	Proceso por el cual el médico realiza el egreso del paciente esto incluye diagnósticos, resumen de la hospitalización, indicaciones al alta y registros estadísticos obligatorio			
Atención hospitalización de	Proceso encargado de la atención clínica de los pacientes que de acuerdo a su estado requieran estar hospitalizados.	No	Solo se coloca en la hoja de atención y se realiza la hoja derivación	

### Observaciones generales

**Entrevista a Srta. Andrea Espinoza Gaete  
Encargada de Finanzas del Hospital Peumo**

**Área Administrativa/Financiera**

**Objetivos específicos:**

Los grandes temas a abordar en las entrevistas y los resultados esperados de ellas en conjunto con la información recopilada en los establecimientos muestrales serán:

- Descripción acabada de todos los recursos de la unidad muestreada (por ejemplo, horas hombre según tipo, metros cuadrados, número de box, equipamiento, camas de observación, etc.).
- Existencia y descripción de sistemas de control y monitoreo presupuestario y de costos de la producción.
- Percepción de los principales cuellos de botella percibidos por los entrevistados.
- Recopilación de toda la documentación relevante para el desarrollo del mapeo detallado de la institución muestreada.

**Pauta Análisis de Procesos y Subprocesos Atención de Urgencia**

**Datos Entrevistado**

Profesión: Andrea Alejandra Espinoza Gaete

Años de Profesión: 17 años

Cargo: Encargada de Finanzas

Años en el cargo: 1 año

**Datos Entrevistado**

Profesión: Eduardo Peñaloza

Años de Profesión: 10 años

Cargo: Director de hospital

Años en el cargo: 9 mes

**Levantamiento Procesos Presupuestarios**

1. ¿Existe un proceso de elaboración de Presupuesto para cada ECE?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir y mapear el proceso del presupuesto.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Sí, desde la Dirección de Servicio.

A través de resolución se emite para todos los hospitales, monitoreo de todos los programas mensuales. A través del programa Sigfe 2.0

¿Hay una documentación que describa todo este proceso? No, se está laborando como hospital

¿Cómo es el control? Trimestralmente cito a reunión con los jefes de servicio y la encargada de finanzas, para que nos haga un reporte de cómo van los gastos.

A la Dirección de Servicio es mensual, ellos monitorean el presupuesto como se está gastando

2. ¿Existe un sistema de control presupuestario para cada ECE?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de control presupuestario.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  
3. ¿Existe periódicamente algún reporte del total de gastos realizado por cada ECE?, señalar Si o No, y ¿cuál?  
En el caso de **Si**, favor de describir el(los) reporte(s) del total de gastos.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
  
4. ¿Dispone de sistemas de información y /o estadísticos sobre los cuales se puede llegar a determinar los costos de los productos y/o servicios de cada ECE?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de información y /o estadísticos.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
¿Urgencias es un sistema de costo? No, es global.  
¿Cuándo se distribuye a los servicios hay un registro de costo? Puede ser que en bodega lleve algún registro de insumo.  
¿El recurso humano está por un ítem? Es global, tenemos a un TENS de 4° turno, es el único.

### Pauta Mecanismos de Pago Hospitales

¿Generar mecanismos de pago influyen en que tipo de atenciones se privilegian una de otra? No, hoy se maneja un valor estar enviado desde el servicio de salud.

1. ¿Existe relación entre mecanismos de pago y costo de las atenciones?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir la relación.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
No, no lo hemos analizado si es razonable  
¿El PPV es atingente? No, son pocos  
¿Es consistente lo que les dan a ustedes de dinero, a lo que gastan por emitir esa atención? No, porque siempre se ha entendido sub valorado el de recurso humano.  
Nos pasa mucho que médicos no vienen a cubrir turno por valor es bajo, la demanda de medico es alta y los otros hospitales de baja complejidad que son preferidos, porque nosotros tenemos un mayor número de camas y por mucho trabajo.

¿No lo han transformado en indicador para pedir más medico? Si, se trabaja en propuestas todos los años, este año habías propuesto el aumento de dotación, quien determina es el ministerio y el ministerio determino el aumento para otros hospitales. Esto está base a las atenciones de urgencia, nuestras atenciones de urgencias no son tan elevadas en comparación a los otros hospitales, eso generado una brecha. Este año se va a trabajar con los indicadores donde se va a sacar el factor urgencia.

¿La taza de hospitalización no es muy alta para el volumen de cama? Claro, recibe la mayor cantidad de paciente derivados del hospital de Rancagua, a partir de este año trabajamos con las camas situación DEIS, nuestro índice ocupacional es bajo de 50 % y esperamos con DEIS llegar a un 83 a 87 %.

2. ¿Existen incentivos generados por los mecanismos de pago?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir los incentivos y sus mecanismos.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

3. ¿Existen mecanismos de control?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el o los mecanismos de control.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Se controla a través de Sigfe. La factura llega primero a bodega, se hace la recepción, luego abastecimiento y se pasa a contabilidad para devengar y pagar en 45 días

4. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por PPI y PPV?

Es relativo el monto y depende de cada mes.

Ustedes se comprometen hacer una cantidad de PPV. ¿Se cumplen? Si, PPI 80 %, PPV 20%

5. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por concepto de Atenciones de urgencia (PPV)?

No

6. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento forman parte de alguna canasta GES?

No, se pasan morbilidad

Si, en Some

7. ¿Existe un registro independiente para estas atenciones?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de indicar tales registros.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

8. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento no forman parte del Programa de Prestaciones Valoradas?

No, planilla se discriminan en otras y ahí se informaban.

Que son diarias el registro.

9. ¿Considera UD. que el valor de las canastas PPV cubre adecuadamente los costos para entregar las prestaciones respectivas (especialmente referido a urgencia)?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

No

10. ¿Se han realizado estudios al respecto?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Se han hecho varias comparaciones pero no se ha llegado a nada.

Se han hecho comparaciones con el área privada.

No, se hace complicado levantar mucha información, por la falta de profesionalización de los cargos. Dificulta para tomar determinaciones.

11. ¿A cuánto asciende la recaudación por copagos (en el establecimiento y en particular en el servicio de urgencia)?

Entre 30.000 a 40.000 mil de pesos diarios.

### **Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de las relaciones entre la "Red de Urgencia" y el sector privado**

Para los pacientes ISAPRE que consultan en la unidad de emergencia hospitalaria

1. ¿Cuál es el Número de pacientes pertenecientes a Isapres que consultan en el Servicio de Urgencia en un año?

El dato esta (se solicitará)

Poco y lo podríamos saber y es difícil llevar.

2. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes

3. ¿Existe un procedimiento de cobro a pacientes asegurados de Isapres?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Si, es un manual donde están los valores de las atenciones

Se cobran particular

4. ¿Qué se cobra?: es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?

Todo

5. ¿Existe procedimiento para el cobro de estos pacientes?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

No, no está normado

¿Tienen un listado de cuanto significa mensualmente? No, solo están los pagares.

6. Monto en pesos de las ventas mensuales del servicio de urgencia a estos pacientes.

7. Tiempos promedios de pago por parte del asegurador privado.

Para los pacientes con SOAP que consultan en la unidad de emergencia hospitalaria

1. ¿Existe un procedimiento de cobro del SOAP?, ¿El procedimiento considera cómo se cobra?, ¿qué se cobra?, es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?

Serán unos 80000 mil pesos mensuales y son mas en verano

El procedimiento se solicita el parte y ahí se hace el cobro

2. Tiempos promedios de cobro.

Es lento, de unos 6 meses

3. Número de atenciones a asegurados del SOAP en Urgencias.

Si, en accidente de transito

4. Diagnósticos de los pacientes asegurados del SOAP en Urgencias.

Si

5. En caso de hospitalización, el número de días de hospitalización de los asegurados del SOAP.

Si, queda en la hoja de atención de urgencia

#### **Para los pacientes que son ingresados desde el servicio de urgencia a hospitalización**

1. Número de pacientes que son hospitalizados

Solicitar

2. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes

3. Motivo de Ingreso: ¿Ley de Urgencia?

Sí, pero no sabemos el número.

4. Promedio de días de estada para estos pacientes

Se derivan

\*Accidentes laborales no se ven tanto por la red de de Hospitales de este tipo.

Compra a establecimientos privados

1. Número de pacientes derivados directamente desde el hospital y/o Unidad de Emergencia a Establecimientos privados.  
No
2. Establecimientos privados a los cuales derivan.
3. Tipo de camas más compradas.  
No
4. ¿Existe Convenio?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir/identificar el convenios.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
No
5. ¿Existe procedimiento para la derivación de estos pacientes?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
6. Monto en pesos de las compras mensuales del hospital a prestadores privados dentro del marco de derivación desde la unidad de emergencia; por concepto de: camas por tipo, exámenes imagenología, pabellones.
7. Tiempos promedios de pago al prestador privado.
8. ¿Se realiza algún tipo de Auditoría y/o Control de Calidad por parte del hospital respecto de la atención de sus pacientes derivados al privado?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el proceso de Auditoría y/o Control de Calidad.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.

**Entrevista al Sr. Ramón Guajardo**  
**Jefe Finanzas**  
**Hospital Rengo**

**Área Administrativa/Financiera**

**Objetivos específicos:**

Los grandes temas a abordar en las entrevistas y los resultados esperados de ellas en conjunto con la información recopilada en los establecimientos muestrales serán:

- Descripción acabada de todos los recursos de la unidad muestreada (por ejemplo, horas hombre según tipo, metros cuadrados, número de box, equipamiento, camas de observación, etc.).
- Existencia y descripción de sistemas de control y monitoreo presupuestario y de costos de la producción.
- Percepción de los principales cuellos de botella percibidos por los entrevistados.
- Recopilación de toda la documentación relevante para el desarrollo del mapeo detallado de la institución muestreada.

**Pauta Análisis de Procesos y Subprocesos Atención de Urgencia**

**Datos Entrevistado**

Profesión: Contador

Años de Profesión: 12 años profesión

Cargo: Jefe Finanzas

Años en el cargo:

**Levantamiento Procesos Presupuestarios**

1. ¿Existe un proceso de elaboración de Presupuesto para cada ECE?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir y mapear el proceso del presupuesto.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Nosotros nos basamos según el presupuesto ley y no tenemos mucho acceso a la elaboración del presupuesto, dado que llega desde el nivel central, se nos entrega un monto global por subítem el cual se distribuye a diferentes ítem, pero tener una injerencia, no la tenemos.

¿Se maneja la distribución presupuestaria? Hay un análisis comportamiento año anterior, brechas.

¿Cuál es la ruta de este proceso presupuestario?

Reuniones administrativas, luego proyección con el comité abastecimiento, más el estudio histórico para una visión a la proyección.

¿Quién lo lidera el proceso? Don Ramón Guajardo

¿Existente documentación formal del presupuesto?

No hay un documento formal, puede quedar fijado sistema CIRFE usado por la parte contable.

2. ¿Existe un sistema de control presupuestario para cada ECE?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de control presupuestario.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
Si, según gasto mensual comparando con el duodécimo, da rodas las llamadas de alerta.  
Existe un gran costo por el crecimiento ejemplo: traumatología y no está en el presupuesto 2015.
  
3. ¿Existe periódicamente algún reporte del total de gastos realizado por cada ECE?, señalar Si o No, y ¿cuál?  
En el caso de **Si**, favor de describir el(s) reporte(s) del total de gastos.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
Ejecución presupuestaria, la arroja el sistema y se lleva a gráficos y comparativos.  
¿Es un informe estructurado? Informe normal lo arroja la ejecución presupuestaria o el programa financiero a nivel regional, de los dos yo genero los míos para estudio.  
Envíara informes por correo
  
4. ¿Dispone de sistemas de información y /o estadísticos sobre los cuales se puede llegar a determinar los costos de los productos y/o servicios de cada ECE?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el sistema de información y /o estadísticos.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
Se está trabajando en eso, se necesita saber el costo de paciente y para completar eso se necesita con urgencia un informático.  
Se necesita un sistema de conteo para realidad local.

### **Pauta Mecanismos de Pago Hospitales**

1. ¿Existe relación entre mecanismos de pago y costo de las atenciones?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir la relación.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.  
El costo de la atención esta subvaluada a lo que paga fonasa, a nivel general todas las prestaciones que nosotros hacemos no están acorde a precio mercado, esa es la razón porque nosotros nos estamos des financiamiento. La remesa enviada no refleja la realidad.  
¿Existe un presupuesto para urgencia? Urgencia no  
¿Existe un control para urgencia? No
  
2. ¿Existen incentivos generados por los mecanismos de pago?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir los incentivos y sus mecanismos.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.

No, no se privilegia ninguna atención, estamos en una expansión donde se prestarán servicios a Cesfam, pero no por esto privilegiaremos a un servicio.

3. ¿Existen mecanismos de control?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el o los mecanismos de control.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

(Solicitado respaldo)

4. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por PPI y PPV?

Promedio PPV de 250 millones al mes que solventa la parte sueldo, tenemos un PPV programado, ejecutado y lo que se recibe remesa por PPV. Enero mayo 2015 6,07 recibido menos que lo ejecutado, en circunstancia que tenemos un 25% más ejecutado que lo promanado, enero mayo 2015.

PPI, si no tengo remesa para pago de deudas no voy a tener contabilizado PPI.

Pedir Rem cero.

5. ¿A cuánto ascienden los recursos transferidos al establecimiento por concepto de Atenciones de urgencia (PPV)?

Solicitar información

6. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento forman parte de alguna canasta GES?

Tiene que verse con la parte clínica

7. ¿Existe un registro independiente para estas atenciones?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de indicar tales registros.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Tengo entendido que si, SOME lleva todo el registro.

8. ¿Qué atenciones de urgencia entregadas por este establecimiento no forman parte del Programa de Prestaciones Valoradas?

Esa parte no la domino.

9. ¿Considera UD. que el valor de las canastas PPV cubre adecuadamente los costos para entregar las prestaciones respectivas (especialmente referido a urgencia)?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

No, por la sub valoración que tiene Fonasa en la atención.

10. ¿Se han realizado estudios al respecto?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de fundamentar porqué.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Se han hecho varias comparaciones pero no se ha llegado a nada.

Se han hecho comparaciones con el área privada.

11. ¿A cuánto asciende la recaudación por copagos (en el establecimiento y en particular en el servicio de urgencia)?

Recaudación por urgencia, policlínico y pensionado – pabellón.

De urgencia alrededor de 50.000 mil pesos

**Instrumentos de recopilación de información para el análisis y evaluación de las relaciones entre la "Red de Urgencia" y el sector privado**

Para los pacientes ISAPRE que consultan en la unidad de emergencia hospitalaria

1. ¿Cuál es el Número de pacientes pertenecientes a Isapres que consultan en el Servicio de Urgencia en un año?

El dato esta (se solicitará)

Son muy eventuales

2. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes

No

3. ¿Existe un procedimiento de cobro a pacientes asegurados de Isapres?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Facturación a la Isapre correspondiente 30, 60, 90 días

4. ¿Qué se cobra?: es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?

Todo, desde el ingreso a pabellón, hospitalización.

5. ¿Existe procedimiento para el cobro de estos pacientes?, señalar Si o No.

En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.

Documentación de respaldo (Solicitar):

En el caso de **No**, favor de fundamentar.

Si

6. Monto en pesos de las ventas mensuales del servicio de urgencia a estos pacientes.

Cero

7. Tiempos promedios de pago por parte del asegurador privado.

Para los pacientes con SOAP que consultan en la unidad de emergencia hospitalaria

1. ¿Existe un procedimiento de cobro del SOAP?, ¿El procedimiento considera cómo se cobra?, ¿qué se cobra?, es decir, ¿honorarios médicos, insumos y fármacos, procedimientos, exámenes, otros?

Llega desde urgencia el dato de atención con los antecedentes a recaudación, este lo prepara y solicita a policía local, con estos antecedentes se hace la factura a aseguradora correspondiente.

2. Tiempos promedios de cobro.  
Unos 60 a 70 días
3. Número de atenciones a asegurados del SOAP en Urgencias.  
No se tiene un registro.
4. Diagnósticos de los pacientes asegurados del SOAP en Urgencias.  
Averiguaremos  
No
5. En caso de hospitalización, el número de días de hospitalización de los asegurados del SOAP.  
No

**Para los pacientes que son ingresados desde el servicio de urgencia a hospitalización**

**Nombre: María Magdalena Añasco Cifuentes**

**Título: Psicóloga**

**Años de Profesión: 11 años**

**Cargo: Jefa de servicio de Atención Asistencial y Atención al Usuario**

**Años en el cargo: 6 años**

Nosotros llevamos algún registro de Urgencia.

¿Indicadores relacionados con urgencia?

Si, atenciones de urgencia, categorizaciones, las atenciones de médico, matrona diferentes diagnostico por grupo atareo. (Se solicitan)

¿Cuál es la exactitud que tienen las fuentes? Actualmente es más exacto que antes, los que se codifican son los atendidos

1. Número de pacientes que son hospitalizados  
Solicitar
2. Registro de los Diagnósticos de estos pacientes
3. Motivo de Ingreso: ¿Ley de Urgencia?
4. Promedio de días de estada para estos pacientes

#Accidentes laborales no se ven tanto por la red de Hospitales de este tipo.

Compra a establecimientos privados

1. Número de pacientes derivados directamente desde el hospital y/o Unidad de Emergencia a Establecimientos privados.  
Si, se maneja una estadística online (solicita)
2. Establecimientos privados a los cuales derivan.  
Hay tres derivados según licitación del ministerio.
3. Tipo de camas más compradas.
4. ¿Existe Convenio?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir/identificar el convenios.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
5. ¿Existe procedimiento para la derivación de estos pacientes?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el procedimiento.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.
6. Monto en pesos de las compras mensuales del hospital a prestadores privados dentro del marco de derivación desde la unidad de emergencia; por concepto de: camas por tipo, exámenes imagenología, pabellones.
7. Tiempos promedios de pago al prestador privado.
8. ¿Se realiza algún tipo de Auditoría y/o Control de Calidad por parte del hospital respecto de la atención de sus pacientes derivados al privado?, señalar Si o No.  
En el caso de **Si**, favor de describir el proceso de Auditoría y/o Control de Calidad.  
Documentación de respaldo (Solicitar):  
En el caso de **No**, favor de fundamentar.

**Entrevista a María Magdalena Añasco Cifuentes**  
**Jefa del Servicio de Atención Asistencial y Atención al Usuario del Hospital e Rengo**

**Instrumento de Indicadores**

Entrevistado

Profesión: Psicóloga

Años de Profesión: 11 años

Cargo: Jefa de Servicio de Atención asistencial y Atención al Usuario

Años en el cargo: 6 años

Años en el área de Urgencia:

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

**Sección 1: acerca de los indicadores actuales (levantamiento de la información de indicadores actualmente en uso)**

1. Entregar todos los indicadores, para el período 2009-2013 utilizados en su ECE, señalando objetivo, nombre, valor, meta del indicador, periodicidad de la entrega y quién lo solicita.  
Sí, atenciones de urgencia, categorizaciones, las atenciones de médico, matrona diferentes diagnostico por grupo atareo. (Se solicitan)

**Sección 2: acerca de la calidad de los indicadores (busca determinar la calidad con la que se genera la información)**

1. ¿Qué exactitud o precisión tienen las fuentes de datos de sus indicadores?  
Actualmente es más exacto que antes, los que se codifican son los atendidos.  
¿Hubo un cambio en los indicadores? Sí, ya que la codificación no era como debía ser
2. ¿Cuál es el rezago que tiene en la obtención de los datos para la obtención de los indicadores? Explique.  
El más exacto es el que llevamos al DEIS, el cual es de un día para otro. (24 horas menos los fin de semana)
3. ¿Qué utilidad le significan para la gestión de su unidad?  
Si, se han ido modificando el número de médicos por turno, las fechas pick para reforzar el servicio d urgencia.
4. ¿Quién se encarga de recopilar la información para la confección de los indicadores?  
Una funcionaria administrativa, el servicio.  
¿Cómo se mejoró lo que hace esa persona para clasificar? Se realizó un proceso de capacitar a la gente.
5. ¿Qué ventajas o desventajas ve usted en su proceso de obtención de datos?  
Desventajas: el sistema no pude ser en línea, digital en todo el proceso de atención del paciente. (Ya que los datos del médico son manual, puede ocurrir la pérdida del documento). Esa fuga que no es digital.  
Ventajas: Tenemos el control y el primer acceso. Con un desfase de 72 horas.
6. ¿Cómo se asegura la trazabilidad de la información generada?

En el sistema Fonendo se registra el ingreso y egreso, lo que no se registra es el proceso de la atención médica, procedimientos.

¿Se puede saber quién genera el dato? Cada persona tiene su perfil y se puede identificar el primer contacto con el paciente. En el papel también se encuentra el registro.

**Sección 3: utilización de los indicadores en el proceso de mejora continua (el objetivo es aprovechar la experiencia y conocimiento de los entrevistados para mejorar el conjunto de indicadores)**

1. ¿De qué manera la información entregada por los indicadores ha afectado los procesos en su servicio? Explique.

Ayudado a gestionar las camas a través de la demanda.

2. ¿Cómo se definieron los cambios necesarios?

3. ¿Quién los definió?

La Sub Dirección médica en conjunto con el Jefe de urgencia.

4. ¿Cuánto se ha mejorado el proceso después de los cambios?

Se podría con los tiempos de espera, se puede optimizar y reforzar el servicio de urgencia con más médicos, el tiempo d espera puede disminuir y ahí se podría cuantificar.

5. ¿Cómo lo define? Por favor, muestre los datos.

6. ¿Cómo mantiene los cambios?

Han sido cambios permanentes, con el refuerzo personal, aumentando la planta .

7. ¿Cómo lo está documentando? Por favor, envíe documentación.

Me imagino que sí.

**Sección 4: necesidad de indicadores**

1. ¿Qué indicadores adicionales usted incluiría?

Generar cuantos pacientes se atenderán que no son beneficiarios, procedencia del paciente.

¿Por qué no se calcula? Es difícil cambiar el enfoque de la gente, para que entregue un buen registro de los datos. Resistencia al cambio y responsabilidad, entender cuál es el fin de los registros.

2. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).CUALES SON LAS BARRERAS QUE IMPIDEN SU CALCULO HOY.

No, yo creo que no. La crítica es los rangos atareos que están clasificados los pacientes. REM y los del DEIS son diferentes.

3. ¿Qué indicadores de los actuales usted dejaría de calcular?

4. ¿Por qué? (justificar según pertinencia, utilidad, etc.).
5. ¿Cuál es su opinión, en cuanto a factibilidad, pertinencia y utilidad, de los siguientes indicadores? (se muestran los indicadores que se originan de este proceso de consultoría).

## SAPU ROSARIO

### Instrumento de Área Operacional (Clínico – Asistencial)

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista

Hora de inicio:

Hora de término:

Entrevistado

#### Observación Proceso General de Atención de Urgencia.

Parámetro					Observaciones
Elemento/Componente/Estrategia evaluado					
¿Dispone de un diagrama o documento similar a este en el servicio?	Sí x	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio de la Red de Urgencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio del establecimiento?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cómo se deciden eventuales modificaciones al proceso?	Se cita a reunión y se toman decisiones grupales				
¿Cómo se difunden las eventuales modificaciones al proceso?	En reuniones				
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	Sí X	No	No responde / No sabe	No corresponde	propias
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?	Todo se dejan a un año				
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?	Enfermera				
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?	No se han hecho aun				

#### Pauta de Cotejo Observación Proceso General de Atención de Urgencia.

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Admisión de Urgencia	Proceso administrativo, por medio del cual se ingresa al paciente a la atención de urgencia a fin de otorgarle una prestación clínica. A través de este proceso se confirma la identidad del paciente, sus antecedentes previsionales, el plan de salud o convenio para el evento de atención, el área de referencia y el motivo de consulta principalmente.	Si	En el manual de organizacional del SAPU	

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Atención y Entrega de Información al Público	Proceso que entrega información a los familiares y acompañantes sobre el estado de salud y otra información relevante asociada a los pacientes que se atienden en un establecimiento de salud.	Si	La enfermera que está en las funciones de ellas	
Selector de Demanda	Proceso clínico que consiste en la aplicación de un instrumento confiable como método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles, para determinar la complejidad de la urgencia. Permite mayor objetividad en el proceso de priorización de la oportunidad de atención clínica de los pacientes	si	Lo hace la enfermera, el de fonendo y tienen otro protocolizado	
Coordinación de Actividades	Subproceso en donde se coordina todo lo necesario para que ocurran las actividades durante la atención clínica del paciente.	no	Se derivan al Hospital.	
Evaluación Médica	Proceso que consiste en el conjunto de actividades clínicas que se realizan al paciente a cargo de los profesionales de salud (interconsultas, procedimientos, Etc.).	Si	Se da la indicación verbalmente, esta normado	
Gestión de Indicaciones Médicas	Proceso encargado de la administración y ejecución de las indicaciones dadas por el médico.		verbalmente	
Dispensación y administración de medicamentos.	Proceso encargado de la gestión de administración dispensación de fármacos e insumos a los pacientes que tengan una prescripción médica.		Solo medicamentos que esta encargado de un TENS y la enfermera entrega la indicación	

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Imagenología	De acuerdo a la indicación del médico se realiza un examen de imagen para apoyo al diagnóstico (RX, RMN, Tomografía, etc.).	no		
Laboratorio clínico	De acuerdo a los exámenes solicitados por el médico se toman las muestras correspondientes y se procede ser analizadas en el Laboratorio Clínico, emitiendo luego el resultado respectivo.	no		
Procedimientos diagnósticos	Proceso encargado de realizar procedimiento que permitan confirmar diagnósticos como endoscopia, cistoscopia, etc.	no		
Indicación de observación	Proceso encargado de la atención del paciente que al ser evaluado en primera instancia con el médico este decide dejarlo un periodo de tiempo en reposo en el servicio de urgencia con el objetivo de evaluar exámenes o evolución de acuerdo a las indicaciones dadas.	si	Manejos de	
Registro de prestaciones e insumos	Proceso por el cual se lleva cabo registro y cobro de las prestaciones e insumos.		Planilla en Excel, que lo hace el TENS en un cuaderno y los insumos de la hoja de atención	
Coordinación de actividades	Proceso administrativo que tiene como finalidad preocuparse de que se gestionen los puntos críticos existentes en la atención de Urgencia.			
Alta administrativa	El Subproceso administrativo, por medio del cual, se genera toda la documentación respectiva para el alta o derivación del paciente. También se realiza el cobro de las prestaciones.	si	Se hace con el FONENDO y esta en el manual y lo hace el oficial administrativo	

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Alta médica	Proceso por el cual el médico realiza el egreso del paciente esto incluye diagnósticos, resumen de la hospitalización, indicaciones al alta y registros estadísticos obligatorio			
Atención de hospitalización	Proceso encargado de la atención clínica de los pacientes que de acuerdo a su estado requieran estar hospitalizados.			

### **Observaciones generales**

## Pauta de Cotejo – Observación Coordinación Red de Urgencia

### Pauta de cotejo - Observación Coordinación Red de Urgencia

Parámetro					Observaciones
¿Existe el Rol de Coordinador de la Red?	Sí x	No X	No responde / No sabe	No corresponde	De APS no
¿Existe la instancia de coordinación de la Red de Urgencia?	Sí	No X	No responde / No sabe	No corresponde	Todo es para servicio de urgencia
¿Esta instancia o rol está reflejado en el organigrama institucional?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Se realizan reuniones de coordinación?	Sí x	No X	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un calendario de las reuniones de coordinación de la Red de Urgencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un acta de las reuniones o instancias de coordinación?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Se difunden estas actas? ¿A quién o quiénes?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Todos los elementos o componentes de la red de urgencia están representados en las reuniones de coordinación?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Participan pacientes o agrupaciones de beneficiarios en las instancias de coordinación?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?					
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?					
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?					
Hay normas de referencia y contra referencia?	Sí x	No	No responde / No sabe	No corresponde	interconsulta
Hay procedimientos y/o instancias de seguimiento y control a las derivaciones?	Sí	No	No responde / No sabe	No corresponde	
Comentarios	Debería existir guías clínicas para APS urgencias				

**Entrevista a EU. Verónica Moreno  
Encargada SUR de Malloa**

**Pauta de Cotejo – Observación  
Proceso General de Atención de Urgencia**

(Para ser realizada en cada uno de los establecimientos de la muestra, con el acompañamiento de un profesional del establecimiento)

Consultor responsable Entrevista:

Entrevista

Hora de inicio:

Hora de término:

Nombre: Verónica

Profesión:

Años de Profesión:

Cargo:

Años en el cargo:

Años en el área de Urgencia:

Elemento/Componente/Estrategia en el que desarrolla su trabajo:

Ámbito de trabajo: Clínico – Organizacional – Financiero

**Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

Parámetro					Observaciones
Elemento/Componente/Estrategia evaluado					
¿Dispone de un diagrama o documento similar a este en el servicio?	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Existe un proceso propio de la Red de Urgencia?	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No responde / No sabe	No corresponde	Nada escrito
¿Existe un proceso propio del establecimiento?	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No responde / No sabe	No corresponde	No tenemos
¿Cómo se deciden eventuales modificaciones al proceso?					
¿Cómo se difunden las eventuales modificaciones al proceso?					
¿Cuenta con guías clínicas propias o de la red de urgencia?	Sí	<input checked="" type="checkbox"/>	No responde / No sabe	No corresponde	
¿Cómo se actualizan dichas guías clínicas?					
¿Quién es el responsable de actualizar las guías clínicas?					
¿Cómo se difunden las modificaciones a las guías clínicas?					

## **Pauta de Cotejo Observación Proceso General de Atención de Urgencia.**

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Admisión de Urgencia	Proceso administrativo, por medio del cual se ingresa al paciente a la atención de urgencia a fin de otorgarle una prestación clínica. A través de este proceso se confirma la identidad del paciente, sus antecedentes previsionales, el plan de salud o convenio para el evento de atención, el área de referencia y el motivo de consulta principalmente.	NO	<p>El paramédico ingresa el paciente registra sus datos personales nombre Rut manualmente ya que no contamos con computador, además este realiza todo el ciclo de admisión ya que no tenemos personal administrativo.</p> <p>Luego signos vitales: presión, arterial peso, talla, luego categorización.</p>	
Atención y Entrega de Información al Público	Proceso que entrega información a los familiares y acompañantes sobre el estado de salud y otra información relevante asociada a los pacientes que se atienden en un establecimiento de salud.	NO	<p>Se avisa verbalmente que el paciente va a quedar en observación o con tratamiento endovenoso, si hay poco flujo de pacientes puede ingresar un familiar.</p>	
Selector de Demanda	Proceso clínico que consiste en la aplicación de un instrumento confiable como método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles, para determinar la complejidad de la urgencia. Permite mayor objetividad en el proceso de priorización de la oportunidad de atención clínica de los pacientes	SI	Según la categorización	
Coordinación de Actividades	Subproceso en donde se coordina todo lo necesario para que ocurran las actividades durante la atención clínica del paciente.	NO	Medico evalúa al paciente si necesita administrar tratamiento pasa al box continuo, se comunica directamente con el TENS.	

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Evaluación Médica	Proceso que consiste en el conjunto de actividades clínicas que se realizan al paciente a cargo de los profesionales de salud (interconsultas, procedimientos, Etc.).	NO	Solo se realiza la primera atención.	
Gestión de Indicaciones Médicas	Proceso encargado de la administración y ejecución de las indicaciones dadas por el médico.	NO	Comunicación fluida entre el técnico y medico de turno.	
Dispensación y administración de medicamentos.	Proceso encargado de la gestión de administración dispensación de fármacos e insumos a los pacientes que tengan una prescripción médica.	NO	Se está implementando.	
Imagenología	De acuerdo a la indicación del médico se realiza un examen de imagen para apoyo al diagnóstico (RX, RMN, Tomografía, etc.).	NO		
Laboratorio clínico	De acuerdo a los exámenes solicitados por el médico se toman las muestras correspondientes y se procede ser analizadas en el Laboratorio Clínico, emitiendo luego el resultado respectivo.	NO		
Procedimientos diagnósticos	Proceso encargado de realizar procedimiento que permitan confirmar diagnósticos como endoscopia, cistoscopia, etc.	NO		
Indicación de observación	Proceso encargado de la atención del paciente que al ser evaluado en primera instancia con el médico este decide dejarlo un periodo de tiempo en reposo en el servicio de urgencia con el objetivo de evaluar exámenes o evolución de acuerdo a las indicaciones dadas.	NO	Hay normas.	
Registro de prestaciones e insumos	Proceso por el cual se lleva cabo registro y cobro de las prestaciones e insumos.	NO	Existe una receta colectiva cada tratamiento se contabiliza para reposición.	

Subproceso / Tarea	Descripción	Normado (Sí – No – No Corresponde)	Descripción	Comentario
Coordinación de actividades	Proceso administrativo que tiene como finalidad preocuparse de que se gestionen los puntos críticos existentes en la atención de Urgencia.	NO	No se han identificado, la gente sabe que el medico esta hasta la media noche.	
Alta administrativa	El Subproceso administrativo, por medio del cual, se genera toda la documentación respectiva para el alta o derivación del paciente. También se realiza el cobro de las prestaciones.	NO	El medico deja la indicación del alta el paciente se lleva una copia de la atención con las indicaciones el TENS da las indicaciones verbales.	
Alta médica	Proceso por el cual el médico realiza el egreso del paciente esto incluye diagnósticos, resumen de la hospitalización, indicaciones al alta y registros estadísticos obligatorio			
Atención de hospitalización	Proceso encargado de la atención clínica de los pacientes que de acuerdo a su estado requieran estar hospitalizados.	NO		

### Observaciones generales

No contamos con normas de referencia y contra referencia y procedimiento de seguimiento pero si el médico indica reevaluación.

El horario de atención de medico es fin de semana de 19:00 hrs a 12:00 am y de lunes a viernes 20:00 a 12:00 hrs y el TENS residente 24 hrs los siete días a la semana.

## Anexo 3: Relación entre la oferta y la demanda en la RDU

### Anexo 3.1: Estimación de la proporción de atenciones que requerirían atención en unidades de alta o mediana complejidad

En el periodo en estudio se atendieron los siguientes casos en unidades de baja complejidad (SUR, SAPU, APS y UEH de baja complejidad) y de alta/mediana complejidad.

**Tabla A.3.1.1: Número de atenciones según complejidad de la unidad de atención, 2009-2013**

Complejidad	2009	2010	2011	2012	2013
Alta/Mediana	7.908.349	7.714.454	7.652.686	7.716.182	7.534.904
Baja	13.623.835	14.270.779	14.298.242	15.334.973	15.678.356
Total	21.532.184	21.985.233	21.950.928	23.051.155	23.213.260

Fuente: elaboración propia con datos DEIS MINSAL.

Es decir, el porcentaje de atenciones realizadas en los distintos niveles de complejidad es el contenido en la siguiente tabla.

**Tabla A.3.1.2: Porcentaje de atenciones según complejidad de la unidad de atención, 2009-2013**

Complejidad	2009	2010	2011	2012	2013
Alta/Mediana	37%	35%	35%	33%	32%
Baja	63%	65%	65%	67%	68%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia.

Si bien no necesariamente esta distribución es inadecuada, sería necesario tratar de estimar qué proporción de la demanda a niveles de mayor complejidad corresponde realmente a este nivel, especialmente teniendo el antecedente de que entre un 40 y un 54% de las atenciones en las UEH de alta complejidad en el periodo estudiado corresponden a atenciones categorizadas como C4 o C5, es decir pacientes de baja complejidad.

Se realizan estimaciones en dos escenarios posibles:

1. En el primer escenario se trabaja bajo el supuesto de que todos los casos categorizados C1, C2 y C3 requieren atención en unidades de mediana o alta complejidad, así como los pacientes derivados desde la APS a las UEH de mediana y alta complejidad. Este escenario, se justifica por juicio de experto del equipo consultor dado que la definición de la categoría C4 en documentos ministeriales sugiere que el tipo de casos a los que se refiere esta clasificación podría ser atendido en un SAPU.
2. Dado que la única categoría en la cual explícitamente se menciona debe ser atendida en APS es la C5, en el segundo escenario se trabaja bajo el supuesto de que sólo la categoría C5 deberían ser atendidos en la APS mientras que los C4 podrían ser atendidos en las UEH.

Para calcular la cantidad de pacientes que deberían haber sido atendidos en unidades de alta/mediana complejidad, se aplica el porcentaje de categorización de cada año reportado

por el DEIS MINSAL al total de atenciones de alta complejidad. Cabe hacer notar que el porcentaje de atenciones sin categorizar es bastante alto en el 2009 (35,62%), mientras que disminuye sustancialmente en el 2013 a sólo un 5,61%, por lo que los cálculos no son totalmente comparables año a año. El porcentaje de atenciones sin categorizar no fue considerado a la hora de determinar los porcentajes para cada categoría.

**Tabla A.3.1.3: Porcentaje de atenciones en unidades de alta/mediana complejidad según categorización, 2009-2013**

	2009	2010	2011	2012	2013
C1	1,00%	0,75%	0,56%	0,50%	0,40%
C2	11,78%	10,01%	9,26%	6,56%	5,76%
C3	46,42%	45,42%	43,87%	40,13%	38,59%
C4	40,80%	43,83%	46,31%	42,92%	43,56%
C5	0,00%	0,00%	0,00%	9,90%	11,68%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: elaboración propia con datos DEIS MINSAL.

Aplicando este porcentaje al total de atenciones en unidades de alta/mediana complejidad se obtienen los siguientes resultados

**Tabla A.3.1.4: Número estimado de atenciones de alta/mediana complejidad según categorización, 2009-2013**

	2009	2010	2011	2012	2013
C1	79.351	57.936	42.992	38.918	30.256
C2	931.280	771.975	708.711	505.886	434.056
C3	3.671.159	3.503.527	3.356.918	3.096.184	2.907.856
C4	3.226.559	3.381.016	3.544.065	3.311.584	3.282.556
C5	0	0	0	763.610	880.180

Fuente: elaboración propia.

Para calcular el número de pacientes que son atendidos en niveles de baja complejidad pero que requieren atención de mayor complejidad se aplicó el porcentaje de casos derivados desde el SAPU a toda la atención de baja complejidad como se muestra en la siguiente tabla

**Tabla A.3.1.5: Porcentaje de atenciones derivadas desde los SAPU y número estimado de casos derivados desde unidades de baja complejidad, 2009-2013**

	2009	2010	2011	2012	2013
Porcentaje de atenciones derivadas desde los SAPU	1,96%	2,09%	2,19%	2,44%	2,51%
Atenciones derivadas	266.809	297.661	312.927	373.995	394.228
Atenciones no derivadas	13.357.026	13.973.118	13.985.315	14.960.978	15.284.128
Total de atenciones en unidades de baja complejidad	13.623.835	14.270.779	14.298.242	15.334.973	15.678.356

Fuente: elaboración propia con datos DEIS MINSAL.

Se realizan estimaciones en dos escenarios posibles:

1. En el primer escenario se trabaja bajo el supuesto de que todos los casos categorizados C1, C2 y C3 requieren atención en unidades de mediana o alta complejidad, así como los pacientes derivados desde la APS a las UEH de mediana y alta complejidad. Este escenario, se justifica por juicio de experto del equipo consultor dado que la definición de la categoría C4 en documentos ministeriales sugiere que el tipo de casos a los que se refiere esta clasificación podría ser atendido en un SAPU.
2. Dado que la única categoría en la cual explícitamente se menciona debe ser atendida en APS es la C5, en el segundo escenario se trabaja bajo el supuesto de que sólo la categoría C5 deberían ser atendidos en la APS mientras que los C4 podrían ser atendidos en las UEH.

### **Escenario 1**

Se suman los pacientes C1, C2, C3 y derivados desde la baja complejidad, obteniendo el número teórico de pacientes que deberían haber sido atendidos en la mediana o alta complejidad. El resto correspondería a baja complejidad.

**Tabla A.3.1.6: Número estimado de pacientes que deberían haber sido atendidos en los distintos niveles de complejidad**

	2009	2010	2011	2012	2013
Alta/Mediana	4.948.599	4.631.099	4.421.548	4.014.983	3.766.396
Baja	16.583.585	17.354.134	17.529.380	19.036.172	19.446.864
Total	21.532.184	21.985.233	21.950.928	23.051.155	23.213.260

Fuente: Elaboración propia

Entonces, la distribución estimada de las atenciones de urgencia según complejidad sería la que se muestra en la siguiente tabla.

**Tabla A.3.1.7: Estimación de la distribución de atención de urgencia teóricamente óptima**

	2009	2010	2011	2012	2013
Alta/Mediana	23%	21%	20%	17%	16%
Baja	77%	79%	80%	83%	84%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

Como se comentó anteriormente, estos datos no son comparables año a año debido a la cantidad de casos sin categorizar en los primeros años del periodo. En cualquier caso, para los años 2012 y 2013, el porcentaje de casos que deberían haber sido atendido en unidades de alta y mediana complejidad es cercana al 16%, cifra muy lejana al porcentaje observado de 32% (ver Tabla A.3.1.2).

### **Escenario 2**

Se suman los pacientes C1, C2, C3 y C4 y derivados desde la baja complejidad, obteniendo el número teórico de pacientes que deberían haber sido atendidos en la mediana o alta complejidad. El resto correspondería a baja complejidad. Se omiten los años 2009 a 2011 ya que en estos años no estaba implementada la categoría C5, como se observa en la tabla A.3.1.4

**Tabla A.3.1.8: Número estimado de pacientes que deberían haber sido atendidos en los distintos niveles de complejidad en el Escenario 2**

	2012	2013
Alta/Mediana	7.326.567	7.048.952
Baja	15.724.588	16.164.308
Total	23.051.155	23.213.260

Fuente: elaboración propia.

Entonces, la distribución estimada de las atenciones de urgencia según complejidad sería la que se muestra en la siguiente tabla.

**Tabla A.3.1.9: Estimación de la distribución de atención de urgencia teóricamente óptima en el Escenario 2**

	2012	2013
Alta/Mediana	32%	30%
Baja	68%	70%
Total	100%	100%

Fuente: elaboración propia.

Para los años 2012 y 2013, el porcentaje de casos que deberían haber sido atendido en unidades de alta y mediana complejidad es cercana al real, lo que no se condice con lo reportado por los clínicos de las UEH de la muestra.

## Anexo 4: Data de respaldo del Capítulo V

**Tabla 4.1: Costo RRHH, promedio por atención UEH 2009 – 2013 (\$ 2013)**

	2009	2010	2011	2012	2013
Hospital Barros Luco Trudeau de San Miguel	42.893	45.903	73.598	57.196	58.732
Hospital Dr. Exequiel González Cortés de Santiago y San Miguel	14.657	13.815	15.277	13.899	16.621
Hospital El Pino de Santiago y San Bernardo	4.044	4.906	20.923	29.562	50.043
Hospital San Luis de Buin	29.029	15.042	16.380	19.149	25.223
Hospital Del Salvador de Peumo	28.175	17.755	17.022	16.612	22.522
Hospital de Pichidegua	32.947	18.299	15.679	13.187	12.782

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 4.2: Costo fármacos, insumos y otros, promedio por atención UEH 2009 – 2013 (\$ 2013)**

	2009	2010	2011	2012	2013
Hospital Barros Luco Trudeau de San Miguel	6.598	9.180	7.866	15.864	21.002
Hospital Dr. Exequiel González Cortés de Santiago y San Miguel	1.425	1.470	1.875	2.167	2.675
Hospital El Pino de Santiago y San Bernardo	3.834	8.419	9.061	17.431	34.327
Hospital San Luis de Buin	1.857	3.241	2.173	2.502	3.844
Hospital Del Salvador de Peumo	4.396	1.969	2.302	2.901	3.320
Hospital de Pichidegua	17.692	9.485	7.995	5.174	7.125

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 4.3: Costo total promedio por atención UEH 2009 – 2013 (\$ 2013)**

	2009	2010	2011	2012	2013
Hospital Barros Luco Trudeau de San Miguel	49.491	55.083	81.464	73.060	79.734
Hospital Dr. Exequiel González Cortés de Santiago y San Miguel	16.083	15.286	17.151	16.066	19.296
Hospital El Pino de Santiago y San Bernardo	7.878	13.327	29.985	46.993	84.370
Hospital San Luis de Buin	30.886	18.284	18.553	21.651	29.067
Hospital Del Salvador de Peumo	32.572	19.723	19.323	19.512	25.843
Hospital de Pichidegua	50.640	27.784	23.674	18.361	19.907

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 4.4: Diferencias de costo total establecimientos SSMS 2009 – 2013  
(M\$ 2013)**

H. Barros Luco Trudeau M\$ 2013					
Año	Recursos Humanos	Bienes y Servicios	Total costo directo informado encuesta	Costo directo informado WINGSIG (Items 21 y 22)	Desviación (% sobre WINSIG)
2009	4.191.754	322.392	4.514.146	N.D.	
2010	4.441.038	444.066	4.885.104	N.D.	
2011	7.589.527	405.601	7.995.126	N.D.	
2012	6.288.466	1.310.559	7.599.025	6.577.591	15,5%
2013	5.327.094	1.442.671	6.769.765	7.255.259	-6,7%
H. Exequiel González Cortés M\$ 2013					
Año	Recursos Humanos	Bienes y Servicios	Total costo directo informado encuesta	Costo directo informado WINGSIG (Items 21 y 22)	Desviación (% sobre WINSIG)
2009	1.494.048	98.840	1.592.888	N.D.	
2010	1.439.997	104.499	1.544.496	N.D.	
2011	1.484.364	135.843	1.620.207	N.D.	
2012	1.424.735	160.966	1.585.701	2.409.941	-34,2%
2013	1.519.847	190.948	1.710.795	2.543.478	-32,7%
H. El Pino M\$ 2013					
Año	Recursos Humanos	Bienes y Servicios	Total costo directo informado encuesta	Costo directo informado WINGSIG (Items 21 y 22)	Desviación (% sobre WINSIG)
2009	N.D.	377	377	N.D.	
2010	N.D.	976	976	N.D.	
2011	3.033.849	922	3.034.771	N.D.	
2012	3.644.086	2.088	3.646.174	4.267.017	-14,5%
2013	4.803.505	3.185	4.806.691	4.227.940	13,7%
H. San Luis de Buin M\$ 2013					
	Recursos Humanos	Bienes y Servicios	Total costo directo informado encuesta	Costo directo informado WINGSIG (Items 21 y 22)	Desviación (% sobre WINSIG)
2009	1.491.602	52	1.491.655	N.D.	
2010	1.588.338	281	1.588.619	N.D.	
2011	1.628.294	157	1.628.451	N.D.	
2012	1.869.148	201	1.869.349	N.D.	
2013	2.115.005	299	2.115.305	1.507.284	40,3%

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 4.5: Costo promedio por UEH 2011 – 2013 (\$ nominal)**

		2011	2012	2013
Directos (Subtítulos 21 y 22)	Media	69.227	23.178	25.073
	Mínima (95%)	52.847	20.237	22.242
	Máxima (95%)	85.608	26.119	27.905
Directos más indirectos	Media	112.378	40.999	42.954
	Mínima (95%)	85.834	35.465	38.796
	Máxima (95%)	138.923	46.534	47.112

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información Winsig 2011-2013.

**Tabla 4.6: Costo promedio por día UCI 2011 – 2013 (\$ nominal)**

		2011	2012	2013
Directos (Subtítulos 21 y 22)	Media	436.352	395.320	390.437
	Mínima (95%)	359.506	329.345	351.466
	Máxima (95%)	513.197	461.295	429.408
Directos más indirectos	Media	647.565	578.204	556.185
	Mínima (95%)	546.058	478.825	507.226
	Máxima (95%)	749.072	677.584	605.143

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información Winsig 2011-2013.

**Tabla 4.7: Costo promedio por día UTI 2011 – 2013 (\$ nominal)**

		2011	2012	2013
Directos (Subtítulos 21 y 22)	Media	205.613	233.477	231.942
	Mínima (95%)	156.234	189.492	193.661
	Máxima (95%)	254.992	277.463	270.223
Directos más indirectos	Media	343.105	391.173	356.535
	Mínima (95%)	264.809	317.841	305.338
	Máxima (95%)	421.401	464.504	407.733

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información Winsig 2011-2013.

**Tabla 4.8: Costo promedio por atención SAMU 2011 – 2013 (\$ nominal)**

		2011	2012	2013
Directos (Subtítulos 21 y 22)	Media	174.082	61.092	62.577
	Mínima (95%)	91.394	43.728	45.517
	Máxima (95%)	256.769	78.455	79.637
Directos más indirectos	Media	206.989	74.994	75.887
	Mínima (95%)	109.879	52.312	54.865
	Máxima (95%)	304.099	97.676	96.910

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información Winsig 2011-2013.

**Tabla 4.9: Costo directo por atención 2011 – 2013 (\$ nominal)**

	2011	2012	2013	Variación nominal 2012-2013	Variación real 2012-2013
UEH	69.227	23.178	25.073	8,2%	6,3%
UCI	436.352	395.320	390.437	-1,2%	-3,0%
UTI	205.613	233.477	231.942	-0,7%	-2,4%
SAMU	174.082	61.092	62.577	2,4%	0,6%

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información Winsig 2011-2013.

**Tabla 4.10: Estimación del costo UEH 2011-2013 por Hospital Alta Complejidad (\$ millones 2013)**

Alta complejidad	2011	2012	2013
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni (Arica)	5.194	5.995	5.940
Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique)	4.883	4.920	5.307
Hospital Dr. Carlos Cisternas (Calama)	4.179	4.157	4.084
Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)	4.995	4.207	3.169
Hospital San José del Carmen (Copiapó)	4.758	4.332	4.601
Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas (Ovalle)	3.766	4.331	4.157
Hospital San Juan de Dios (La Serena)	4.868	4.767	4.501
Hospital San Pablo (Coquimbo)	5.539	5.698	5.141
Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)	14.203	13.623	12.693
Hospital Claudio Vicuña (San Antonio)	4.962	4.923	4.931
Hospital de Quilpué	4.558	4.344	4.198
Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)	8.329	8.022	7.780
Hospital San Martín (Quillota)	5.287	5.448	5.653
Hospital de San Camilo (San Felipe)	3.244	3.566	3.433
Hospital San Juan de Dios (Los Andes)	4.421	4.292	4.249
Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia)	5.593	5.789	5.772
Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia)	4.683	N.D.	N.D.
Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia)	N.D.	4.718	4.842
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (Santiago, Recoleta)	1.108	N.D.	N.D.
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (Santiago, Recoleta)	N.D.	1.128	1.106
Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda (Santiago, Quinta Normal)	4.692	4.670	4.861
Hospital San José (Melipilla)	3.737	3.623	3.082
Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago)	2.948	3.213	3.261
Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer	2.305	2.419	2.472
Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago)	5.500	5.575	5.747
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago)	4.161	N.D.	N.D.
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago)	N.D.	3.861	3.457
Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia)	2.965	N.D.	N.D.
Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia)	N.D.	2.902	2.720
Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia)	4.378	4.420	3.141

<b>Alta complejidad</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Hospital Dr. Luis Tisné B. (Santiago, Peñalolén)	3.523	4.062	3.066
Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo	469	444	489
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel)	6.450	6.395	6.129
Hospital Dr. Exequiel González Cortés (Santiago, San Miguel)	4.270	4.493	4.553
Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo)	7.384	6.089	5.203
Hospital Parroquial (Santiago, San Bernardo)	3.350	3.381	3.114
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto)	10.689	10.661	9.935
Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón)	7.395	7.460	7.257
Hospital Regional de Rancagua	5.665	5.770	5.985
Hospital San Juan de Dios (San Fernando)	3.350	3.482	3.516
Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca)	4.510	4.063	4.156
Hospital Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares)	4.647	4.093	3.888
Hospital San Juan de Dios (Curicó)	4.051	3.981	3.931
Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)	6.663	6.759	6.450
Hospital de San Carlos	3.753	3.947	4.188
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepc)	9.032	N.D.	N.D.
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción)	N.D.	8.818	8.354
Hospital de Lota	3.150	3.299	3.489
Hospital San José (Coronel)	5.136	5.770	5.983
Hospital de Tomé	2.422	2.463	2.278
Hospital Las Higueras (Talcahuano)	6.847	6.351	6.200
Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Angeles)	7.273	7.282	7.312
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)	6.494	7.394	7.888
Hospital Clínico Regional (Valdivia)	4.839	5.008	4.977
Hospital Base de Osorno	5.961	6.025	5.364
Hospital de Puerto Montt	5.109	5.041	4.819
Hospital Regional (Coihaique)	4.254	4.065	3.955
Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Punta Arenas)	4.877	4.755	4.940
Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol)	N.D.	3.566	4.169
Hospital San José (Victoria)	2.589	2.780	2.957
Hospital de Castro	2.939	3.070	2.790

Fuente: elaboración propia, en base a archivo REM 2011-2013, WINSIG 2013.

**Tabla 4.11: Estimación del costo UEH 2011-2013 por Hospital Media Complejidad (\$ millones 2013)**

<b>Mediana complejidad</b>	<b>2.011</b>	<b>2.012</b>	<b>2.013</b>
Posta de Salud Rural Mamiña	N.D.	N.D.	N.D.
Centro Asistencial Norte	2.343	2.371	2.381
Hospital Dr. Marcos Macuada (Tocopilla)	292	N.D.	N.D.
Hospital Provincial del Huasco Monseñor Fernando Ariztía Ruiz (V)	1.457	N.D.	N.D.
Hospital Provincial del Huasco Monseñor Fernando Ariztía Ruiz (Vallenar)	N.D.	1.643	1.533

Mediana complejidad	2.011	2.012	2.013
Hospital Dr. Humberto Elorza Cortéz (Illapel)	847	927	882
Centro Comunitario de Salud Familiar Ex Asentamiento El Melón	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital San Agustín (La Ligua)	N.D.	N.D.	268
Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (Putaendo)	69	70	73
Hospital Adalberto Steeger (Talagante)	1.623	1.535	1.260
Hospital de Peñaflor	2.100	2.080	1.809
Centro de Referencia de Salud de Maipú	5.134	5.156	5.554
Hospital San Luis (Buin)	2.592	2.799	2.781
Centro de Referencia de Salud San Rafael	1.080	1.201	1.221
Hospital San José de Maipo	485	548	590
Hospital de Santa Cruz	1.463	1.601	1.665
Hospital Dr. Ricardo Valenzuela Sáez (Rengo)	2.127	2.282	2.323
Hospital de Constitución	1.059	1.175	1.192
Hospital San José (Parral)	1.423	1.441	1.436
Hospital San Juan de Dios (Cauquenes)	1.162	1.170	1.172
Centro de Salud Familiar Hualpencillo	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital de Intercultura (Nueva Imperial)	1.245	1.341	1.293
Hospital de Loncoche	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital de Pitrufquén	1.024	1.323	1.354
Hospital de Villarrica	1.374	1.378	1.481
Hospital Dr. Abraham Godoy (Lautaro)	1.021	1.141	1.296
Hospital de Calbuco	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital San José (Puerto Varas)	959	899	1.019
Hospital Dr. Jorge Ibar (Cisnes)	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital Dr. Leopoldo Ortega R. (Chile Chico)	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital Dr. Augusto Essmann Burgos (Natales)	768	864	940
Hospital Provincial Dr. Rafael Avaría (Curanilahue)	1.350	1.232	1.194
Hospital de Campaña Nº 3 (Servicio de Salud)	2.172	382	-
Hospital Dr. Dino Stagno M.(Traiguén)	1.080	1.178	1.161
Hospital de Ancud	1.459	1.613	1.550
Hospital de Queilén	N.D.	N.D.	N.D.

Fuente: elaboración propia, en base a archivo REM 2011-2013, WINSIG 2013.

**Tabla 4.12: Estimación del costo UEH 2011-2013 por Hospital Baja Complejidad (\$ millones 2013)**

Baja complejidad	2.011	2.012	2.013
Hospital 21 de Mayo (Taltal)	151	181	154
Hospital de Mejillones	116	118	135
Hospital Dr. Marcos Macuada (Tocopilla)	N.D.	228	210
Hospital Dr. Florencio Vargas (Diego de Almagro)	183	102	91
Hospital Dr. Jerónimo Méndez Arancibia (Chañaral)	150	155	145

Baja complejidad	2.011	2.012	2.013
Hospital Dr. Manuel Magalhaes Medling (Huasco)	91	92	106
Hospital de Salamanca	233	237	262
Hospital Dr. José Arraño (Andacollo)	86	73	73
Hospital San Juan de Dios (Combarbalá)	55	62	63
Hospital San Juan de Dios (Vicuña)	154	154	166
Hospital San Pedro (Los Vilos)	156	155	146
Hospital San José (Casablanca)	179	193	194
Hospital Adriana Cousiño (Quintero)	225	242	241
Hospital de Petorca	53	60	56
Hospital Dr. Mario Sánchez Vergara (La Calera)	257	263	264
Hospital Dr. Víctor Hugo Moll (Cabildo)	144	141	113
Hospital Juana Ross de Edwards (Peñablanca, Villa Alemana)	261	244	229
Hospital San Agustín (La Ligua)	214	209	151
Hospital Santo Tomás (Limache)	334	330	344
Hospital San Antonio (Putaendo)	131	133	130
Hospital San Francisco (Llaillay)	240	245	246
Hospital de Til Til	92	95	96
Hospital de Curacaví	221	227	242
Hospital Hanga Roa (Isla De Pascua)	63	70	71
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova (Santiago, San Miguel)	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital San Luis (Buin)	42	N.D.	N.D.
Hospital de Coínco	98	112	104
Hospital de Litueche	38	42	47
Hospital de Lolol	32	36	38
Hospital de Marchigüe	29	29	30
Hospital de Nancagua	125	142	139
Hospital de Pichidegua	126	146	138
Hospital de Pichilemu	136	141	124
Hospital Del Salvador (Peumo)	175	175	151
Hospital Mercedes (Chimbarongo)	160	163	148
Hospital San Vicente de Tagua-Tagua	315	320	292
Hospital Santa Filomena (Graneros)	240	247	243
Hospital de Curepto	40	43	38
Hospital de Hualañé	155	76	75
Hospital de Licantén	69	66	64
Hospital de Molina	170	188	201
Hospital de Teno	125	177	159
Hospital Dr. Abel Fuentealba Lagos (San Javier)	263	292	278
Hospital Dr. Benjamín Pedreros (Chanco)	51	58	63
Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes	160	168	182

Baja complejidad	2.011	2.012	2.013
Hospital Comunitario de Salud Familiar de El Carmen	84	90	94
Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue	100	116	110
Hospital Comunitario de Salud Familiar Dr. Eduardo Contreras Tra	130	N.D.	N.D.
Hospital Comunitario de Salud Familiar Dr. Eduardo Contreras Trabucco de Coelemu	N.D.	131	132
Hospital Comunitario de Salud Familiar Pedro Morales Campos (Yun	96	N.D.	N.D.
Hospital Comunitario de Salud Familiar Pedro Morales Campos (Yungay)	N.D.	90	92
Hospital Clorinda Avello (Santa Juana)	73	85	99
Hospital de Florida	38	41	43
Hospital Penco - Lirquén	226	226	214
Hospital de Laja	190	199	208
Hospital de Mulchén	225	244	254
Hospital de Nacimiento	219	227	239
Hospital de Santa Bárbara	147	158	155
Hospital de Yumbel	147	147	149
Hospital Dr. Roberto Muñoz Urrutia de Huépil	111	115	119
Hospital de Carahue	103	108	125
Hospital de Galvarino	41	51	56
Hospital de Gorbea	89	93	95
Hospital de Loncoche	113	129	144
Hospital de Toltén	40	47	47
Hospital de Vilcún	63	76	76
Hospital Dr. Arturo Hillerns Larrañaga (Saavedra)	41	46	49
Hospital Dr. Eduardo González Galeno (Cunco)	73	74	86
Hospital Maquehue-Pelal (Padre Las Casas)	7	3	2
Hospital San Francisco (Pucón)	241	256	265
Hospital de Corral	59	62	62
Hospital de Lanco	101	117	122
Hospital de Los Lagos	157	169	172
Hospital de Paillaco	192	178	191
Hospital de Río Bueno	168	170	170
Hospital Juan Morey (La Unión)	215	224	228
Hospital Padre Bernabé de Lucerna (Panguipulli)	238	242	243
Hospital Santa Elisa (Mariquina)	164	174	168
Hospital de Puerto Octay	47	59	64
Hospital de Purranque	133	146	157
Hospital de Río Negro	103	113	122
Hospital del Perpetuo Socorro de Quilacahuín	2	1	2
Hospital Misión San Juan de la Costa	4	5	3
Hospital de Calbuco	177	199	235

Baja complejidad	2.011	2.012	2.013
Hospital de Fresia	81	89	86
Hospital de Frutillar	44	46	43
Hospital de Futaleufú	19	20	19
Hospital de Llanquihue	80	92	96
Hospital de Maullín	34	41	45
Hospital de Palena	14	14	17
Hospital de Puerto Aisén	180	185	197
Hospital Dr. Jorge Ibar (Cisnes)	18	17	24
Hospital Dr. Leopoldo Ortega R. (Chile Chico)	55	55	47
Hospital Lord Cochrane	22	21	20
Hospital Dr. Marco Antonio Chamorro (Porvenir)	56	65	60
Hospital Naval (Puerto Williams)	13	14	16
Hospital de Contulmo	44	49	55
Hospital de Lebu	196	207	211
Hospital Dr. Ricardo Figueroa González (Cañete)	225	229	254
Hospital San Vicente (Arauco)	198	201	212
Hospital de Collipulli	270	299	326
Hospital de Lonquimay	51	58	51
Hospital de Purén	94	100	98
Hospital Dr. Oscar Hernández E. (Curacautín)	109	103	119
Hospital de Achao	28	35	44
Hospital de Ancud	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital de Quelén	17	13	24
Hospital de Quellón	130	156	193

Fuente: elaboración propia, en base a información recopilada en el trabajo de campo, archivos DEIS MINSAL 2011-2013.

**Tabla 4.13: Estimación del costo Camas Críticas 2011-2013 por Hospital (\$ millones 2013)**

Institución	2011	2012	2013
<b>SS Aconcagua</b>	<b>2.835</b>	<b>6.419</b>	<b>2.745</b>
Hospital de San Camilo (San Felipe)	2.158	4.967	2.074
Hospital San Juan de Dios (Los Andes)	677	1.452	671
<b>SS Aisén</b>	<b>1.962</b>	<b>4.359</b>	<b>1.884</b>
Hospital Regional (Coihaique)	1.962	4.359	1.884
<b>SS Antofagasta</b>	<b>5.084</b>	<b>10.596</b>	<b>7.782</b>
Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)	5.084	10.596	7.782
<b>Araucanía Norte</b>	<b>1.655</b>	<b>3.607</b>	<b>1.545</b>
Hospital de Campaña N° 3 (Servicio de Salud)	581	214	N.D.
Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol)	N.D.	1.107	521
Hospital San José (Victoria)	1.074	2.287	1.024

Institución	2011	2012	2013
<b>SS Araucanía Sur</b>	<b>14.401</b>	<b>30.240</b>	<b>14.093</b>
Hospital de Intercultura (Nueva Imperial)	1.135	2.504	1.128
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)	13.266	27.736	12.964
<b>SS Arica</b>	<b>2.258</b>	<b>5.703</b>	<b>2.534</b>
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni (Arica)	2.258	5.703	2.534
<b>SS Atacama</b>	<b>3.182</b>	<b>8.664</b>	<b>3.819</b>
Hospital Provincial del Huasco Monseñor Fernando Ariztía Ruiz (Vallenar)	534	1.665	514
Hospital San José del Carmen (Copiapó)	2.648	6.999	3.305
<b>SS Biobío</b>	<b>6.004</b>	<b>12.238</b>	<b>5.485</b>
Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Angeles)	6.004	12.238	5.485
<b>SS Chiloé</b>	<b>620</b>	<b>2.789</b>	<b>1.466</b>
Hospital de Castro	620	2.789	1.466
<b>SS Concepción</b>	<b>11.308</b>	<b>22.655</b>	<b>10.550</b>
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción)	11.308	22.655	10.550
<b>SS Coquimbo</b>	<b>8.008</b>	<b>19.312</b>	<b>9.086</b>
Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas (Ovalle)	326	867	365
Hospital San Juan de Dios (La Serena)	5.231	12.554	5.897
Hospital San Pablo (Coquimbo)	2.451	5.891	2.824
<b>SS Del Libertador B.O'Higgins</b>	<b>11.990</b>	<b>29.020</b>	<b>14.447</b>
Hospital de Santa Cruz	-	996	818
Hospital Regional de Rancagua	11.002	25.273	12.302
Hospital San Juan de Dios (San Fernando)	988	2.750	1.327
<b>SS Del Maule</b>	<b>9.901</b>	<b>22.463</b>	<b>11.628</b>
Hospital de Campaña de Italia (Talca)	642	N.D.	N.D.
Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca)	6.229	15.052	7.805
Hospital Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares)	1.336	3.524	1.919
Hospital San Juan de Dios de Curicó	1.695	3.886	1.903
<b>SS Del Reloncaví</b>	<b>6.345</b>	<b>14.608</b>	<b>7.931</b>
Hospital de Puerto Montt	6.137	14.006	7.783
Hospital San José (Puerto Varas)	208	602	148
<b>SS Iquique</b>	<b>4.017</b>	<b>9.704</b>	<b>5.248</b>
Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique)	4.017	9.704	5.248
<b>SS Magallanes</b>	<b>3.702</b>	<b>8.140</b>	<b>3.612</b>
Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Punta Arenas)	3.702	8.140	3.612
<b>SS Metropolitano Central</b>	<b>13.131</b>	<b>31.288</b>	<b>15.387</b>
Hospital Clínico San Borja-Arriarán	8.516	21.057	10.373
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río	4.615	10.232	5.014
<b>SS Metropolitano Norte</b>	<b>16.585</b>	<b>35.160</b>	<b>16.588</b>
Complejo Hospitalario San José	13.099	27.786	13.207

Institución	2011	2012	2013
Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río	2.813	5.759	2.589
Instituto Nacional del Cáncer Dr. Caupolicán Pardo Correa	672	1.616	793
<b>SS Metropolitano Occidente</b>	<b>23.326</b>	<b>48.962</b>	<b>22.436</b>
Hospital Adalberto Steeger (Talagante)	1.494	3.915	1.664
Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	5.585	12.310	5.465
Hospital San José (Melipilla)	867	2.011	889
Hospital San Juan de Dios	14.905	29.639	14.041
Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer	476	1.087	377
<b>SS Metropolitano Oriente</b>	<b>26.318</b>	<b>55.862</b>	<b>25.393</b>
Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna	7.600	16.468	6.961
Hospital Del Salvador	4.346	8.405	3.658
Hospital Dr. Luis Tisné B.	6.237	14.249	6.539
Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo	2.376	6.056	2.667
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica	5.118	8.877	4.618
Instituto Nacional de Rehabilitación Infantil Presidente Pedro Aguirre Cerda	642	1.807	950
<b>SS Metropolitano Sur</b>	<b>22.256</b>	<b>49.154</b>	<b>22.805</b>
Hospital Barros Luco Trudeau	11.182	24.347	11.777
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova	744	2.072	921
Hospital Dr. Exequiel González Cortés	2.079	4.575	1.715
Hospital El Pino	5.011	11.362	5.308
Hospital Parroquial de San Bernardo	3.240	6.798	3.085
<b>SS Metropolitano Sur Oriente</b>	<b>19.768</b>	<b>42.847</b>	<b>18.248</b>
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río	11.161	24.255	11.347
Hospital Metropolitano ( ex Militar )	3.905	8.422	2.295
Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón)	4.701	10.170	4.607
<b>SS Ñuble</b>	<b>4.522</b>	<b>7.779</b>	<b>3.798</b>
Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)	4.522	7.779	3.798
<b>SS Osorno</b>	<b>2.560</b>	<b>6.373</b>	<b>3.249</b>
Hospital Base de Osorno	2.560	6.373	3.249
<b>SS Talcahuano</b>	<b>3.775</b>	<b>10.800</b>	<b>5.706</b>
Hospital de Tomé	N.D.	381	429
Hospital Las Higueras (Talcahuano)	3.775	10.419	5.277
<b>SS Valdivia</b>	<b>5.397</b>	<b>10.976</b>	<b>5.673</b>
Hospital Clínico Regional (Valdivia)	5.397	10.976	5.673
<b>SS Valparaíso San Antonio</b>	<b>9.655</b>	<b>20.070</b>	<b>9.690</b>
Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)	7.594	15.562	7.687
Hospital Claudio Vicuña ( San Antonio)	612	1.393	643
Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso)	1.448	3.115	1.360
<b>SS Viña del Mar Quillota</b>	<b>11.894</b>	<b>27.600</b>	<b>13.208</b>

Institución	2011	2012	2013
Hospital de Quilpué	538	1.193	546
Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)	10.398	22.951	11.056
Hospital San Martín (Quillota)	959	3.457	1.607

Fuente: elaboración propia, en base a información recopilada en el trabajo de campo, archivo DEIS MINSAL 2011-2013 y WINSIG 2013.

**Tabla 4.14: Estimación del costo SAMU y Atención Prehospitalaria 2011-2013 por Hospital (\$ millones 2013)**

Institución	2011	2012	2013
<b>Servicio de Salud Iquique</b>	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique)	N.D.	N.D.	N.D.
<b>Servicio de Salud Antofagasta</b>	78	950	950
Hospital Dr. Carlos Cisternas (Calama)	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)	78	950	950
<b>Servicio de Salud Atacama</b>	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital San José del Carmen (Copiapó)	N.D.	N.D.	N.D.
<b>Servicio de Salud Coquimbo</b>	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas (Ovalle)	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital San Juan de Dios (La Serena)	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital San Pablo (Coquimbo)	N.D.	N.D.	N.D.
<b>Servicio de Salud Aconcagua</b>	164	1.399	1.930
Hospital de San Camilo (San Felipe)	32	616	737
Hospital San Juan de Dios (Los Andes)	132	783	1.193
<b>Servicio de Salud Valparaíso San Antonio</b>	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital Claudio Vicuña ( San Antonio)	N.D.	N.D.	N.D.
<b>Servicio de Salud Viña del Mar Quillota</b>	1.457	1.426	2.575
Hospital de Quilpué	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)	1.457	1.426	2.575
Hospital San Martín (Quillota)	N.D.	N.D.	N.D.
<b>Servicio de Salud Del Libertador B.O'Higgins</b>	2.059	925	851
Hospital Regional de Rancagua	2.059	925	851
Hospital San Juan de Dios (San Fernando)	N.D.	N.D.	N.D.
<b>Servicio de Salud Del Maule</b>	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca)	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares)	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital San Juan de Dios (Curicó)	N.D.	N.D.	N.D.
<b>Servicio de Salud Biobío</b>	N.D.	1.233	1.267
Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Angeles)	N.D.	1.233	1.267
<b>Servicio de Salud Concepción</b>	N.D.	2.139	1.846
Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción)	N.D.	2.139	1.846

Institución	2011	2012	2013
Hospital de Lota	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital San José (Coronel)	N.D.	N.D.	N.D.
<b>Servicio de Salud Ñuble</b>	1.192	1.262	1.354
Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)	1.192	1.262	1.354
Hospital de San Carlos	N.D.	N.D.	N.D.
<b>Servicio de Salud Talcahuano</b>	596	1.936	1.901
Hospital de Tomé	476	446	465
Hospital Las Higueras (Talcahuano)	119	1.490	1.436
<b>Servicio de Salud Araucanía Norte</b>	256	683	716
Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol)	219	442	480
Hospital San José (Victoria)	37	241	236
<b>Servicio de Salud Araucanía Sur</b>	140	2.233	707
Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)	140	2.233	707
<b>Servicio de Salud Chiloé</b>	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital de Castro	N.D.	N.D.	N.D.
<b>Servicio de Salud Del Reloncaví</b>	1.742	1.706	1.901
Hospital de Puerto Montt	1.742	1.706	1.901
<b>Servicio de Salud Osorno</b>	334	1.129	953
Hospital Base San José de Osorno	334	1.129	953
<b>Servicio de Salud Aisén</b>	315	358	320
Hospital Regional (Coihaique)	315	358	320
<b>Servicio de Salud Magallanes</b>	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital Dr. Lautaro Navarro Avaria (Punta Arenas)	N.D.	N.D.	N.D.
<b>Servicio de Salud Metropolitano Central</b>	5.430	5.633	4.690
Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago)	0	0	0
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río (Santiago, Santiago)	5.430	5.633	4.690
<b>Servicio de Salud Metropolitano Norte</b>	0	0	0
Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia)	0	0	0
Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia)	0	0	0
<b>Servicio de Salud Metropolitano Occidente</b>	0	0	0
Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda (Santiago, Quinta Normal)	0	0	0
Hospital San José (Melipilla)	0	0	0
Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago)	0	0	0
<b>Servicio de Salud Metropolitano Oriente</b>	0	0	0
Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia)	0	0	0
Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia)	0	0	0
Hospital Dr. Luis Tisné B. (Santiago, Peñalolén)	0	0	0
<b>Servicio de Salud Metropolitano Sur</b>	0	0	0
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel)	0	0	0

Institución	2011	2012	2013
Hospital Dr. Exequiel González Cortés (Santiago, San Miguel)	0	0	0
Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo)	0	0	0
Hospital Parroquial (Santiago, San Bernardo)	0	0	0
<b>Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente</b>	0	0	0
Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto)	0	0	0
Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón)	0	0	0
<b>Servicio de Salud Valdivia</b>	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital Clínico Regional (Valdivia)	N.D.	N.D.	N.D.
<b>Servicio de Salud Arica</b>	N.D.	N.D.	N.D.
Hospital Dr. Juan Noé Crevanni (Arica)	N.D.	N.D.	N.D.

Fuente: elaboración propia, en base a información de WINSIG 2011-2013.

**Tabla 4.15: Mezcla PPI/PPV en financiamiento de hospitales de la muestra**

Mecanismo de Pago	Rancagua	Pichidegua	Barros Luco	San Luis de Buin
PPV	64%	10%	71%	26%
PPI	36%	90%	29%	74%

Fuente: elaboración propia en base a valores declarados por los Subdirectores Administrativos encuestados.

## Anexo 5: Data del Capítulo VI

### Indicador de la Red:

**Tabla 5.1: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

Total			
Muertos en Servicio de Urgencia	1.491	0,351	1,175
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	4.244.547		
c1+c2+c3	1.020.843		
c1+c2+c3+c4+c5	3.415.496		

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.2: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

03 Antofagasta			
Muertos en Servicio de Urgencia	23	0,221	0,921
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	104.301		
c1+c2+c3	17.736		
c1+c2+c3+c4+c5	74.112		

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.3: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

04 Atacama			
Muertos en Servicio de Urgencia	12	0,062	0,391
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	194.387		
c1+c2+c3	10.970		
c1+c2+c3+c4+c5	69.411		

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.4: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

07 Viña del Mar Quillota			
Muertos en Servicio de Urgencia	267	1,283	2,352
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	208.116		
c1+c2+c3	102.803		
c1+c2+c3+c4+c5	188.458		

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.5: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

08 Aconcagua			
Muertos en Servicio de Urgencia	148	0,573	1,911
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	258.099		
c1+c2+c3	75.426		
c1+c2+c3+c4+c5	251.328		

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.6: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

11 Metropolitano Central			
Muertos en Servicio de Urgencia	194		
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	321.954	0,603	1,894
c1+c2+c3	96.706		
c1+c2+c3+c4+c5	303.939	0,318	

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.7: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

12 Metropolitano Oriente			
Muertos en Servicio de Urgencia	83		
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	122.331	0,678	1,047
c1+c2+c3	58.394		
c1+c2+c3+c4+c5	90.153	0,648	

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.8: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

13 Metropolitano Sur			
Muertos en Servicio de Urgencia	3		
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	107.591	0,028	0,093
c1+c2+c3	28.255		
c1+c2+c3+c4+c5	94.482	0,299	

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.9: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

14 Metropolitano Sur Oriente			
Muertos en Servicio de Urgencia	166		
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	163.532	1,015	2,936
c1+c2+c3	55.716		
c1+c2+c3+c4+c5	161.138	0,346	

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.10: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

15 Del Libertador B.O'Higgins			
Muertos en Servicio de Urgencia	4		
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	421.043	0,010	0,048
c1+c2+c3	72.257		
c1+c2+c3+c4+c5	363.247	0,199	

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.11: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

16 Del Maule			
Muertos en Servicio de Urgencia	320	0,524	
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	611.050		1,598
c1+c2+c3	194.880		
c1+c2+c3+c4+c5	594.732	0,328	

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.12: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

17 Ñuble			
Muertos en Servicio de Urgencia	4	0,026	
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	152.056		0,047
c1+c2+c3	81.664		
c1+c2+c3+c4+c5	147.169	0,555	

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.13: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

19 Talcahuano			
Muertos en Servicio de Urgencia	21	0,102	
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	206.117		0,615
c1+c2+c3	12.246		
c1+c2+c3+c4+c5	73.926	0,166	

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.14: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

20 Biobío			
Muertos en Servicio de Urgencia	60	0,300	
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	199.783		0,835
c1+c2+c3	64.158		
c1+c2+c3+c4+c5	178.411	0,360	

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.15: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

22 Valdivia			
Muertos en Servicio de Urgencia	6	0,056	
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	106.546		2,154
c1+c2+c3	1.922		
c1+c2+c3+c4+c5	73.511	0,026	

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.16: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

24 Del Reloncaví			
Muertos en Servicio de Urgencia	23	0,196	0,303
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	117.548		
c1+c2+c3	67.290		
c1+c2+c3+c4+c5	104.148		

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.17: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

25 Aisén			
Muertos en Servicio de Urgencia	1	0,012	0,118
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	86.034		
c1+c2+c3	6.972		
c1+c2+c3+c4+c5	71.059		

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.18: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

26 Magallanes			
Muertos en Servicio de Urgencia	10	0,067	0,148
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	148.678		
c1+c2+c3	9.865		
c1+c2+c3+c4+c5	21.770		

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.19: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

28 Arauco			
Muertos en Servicio de Urgencia	12	0,050	0,460
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	239.282		
c1+c2+c3	20.775		
c1+c2+c3+c4+c5	190.519		

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.20: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

29 Araucanía Norte			
Muertos en Servicio de Urgencia	104	0,278	2,534
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	374.189		
c1+c2+c3	29.855		
c1+c2+c3+c4+c5	272.149		

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.21: Indicador: Mortalidad Ajustada por Alfa**

33 Chiloé			
Muertos en Servicio de Urgencia	30		
Número de Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencia	101.910	0,294	2,087
c1+c2+c3	12.953		
c1+c2+c3+c4+c5	91.834	0,141	

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

## SUR:

### Tiempo Promedio de Espera por Atención

#### Definición:

Corresponde al total de minutos que en promedio esperó una persona desde que ingresó al servicio de urgencias hasta que fue atendido.

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Total de minutos de espera por atención en SUR}}{\text{Total de atenciones realizadas en SUR}}$$

#### Justificación:

La estancia media de un paciente está relacionada con la capacidad resolutiva del servicio de urgencias y/o con una correcta gestión de las camas hospitalarias o de sus alternativas de hospitalización.

#### Fuente de Información:

DAU electrónico.

Para el SUR, sólo se dispone con información de Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Metropolitano, Occidente, Araucanía Sur, Valdivia y Arauco.

No se considera a Antofagasta debido a que el valor promedio se encuentra fuera de rango (casi 21 horas) ni a Antofagasta que tiene 20 horas de tiempo promedio transcurrido para la primera atención.

Se excluyeron los valores negativos para la diferencia entre la fecha y hora de la atención y la fecha y hora de admisión, así como los registros sin fecha y hora de admisión.

#### Cálculo del Indicador:

**Tabla 5.22: Indicador Tiempo Promedio de Espera por Atención**

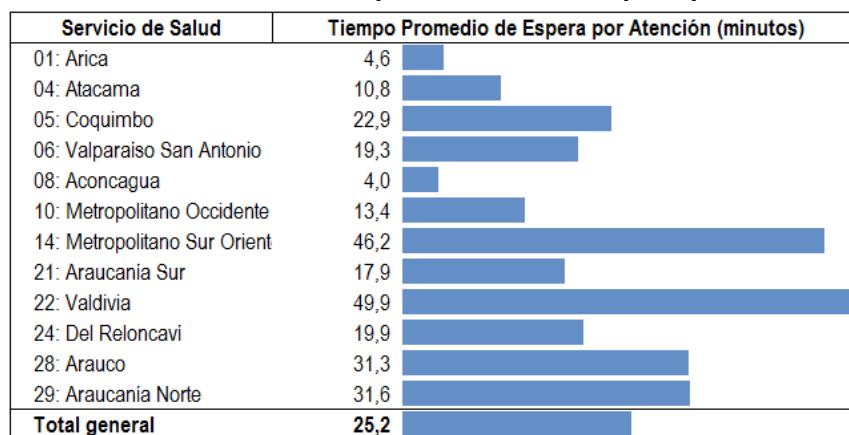
Total 2014		
SUR	Total de minutos de espera por atención Total de atenciones realizadas en	$\frac{9.325.115}{370.532} = 25,2$ <b>Tiempo Promedio de Espera por Atención = 25,2 (minutos)</b>

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

El nivel de este indicador parece razonable considerando que corresponde a todos los niveles de complejidad, es decir desde C1 a C5, y como se vio en el indicador anterior, un 70% de los casos corresponden a pacientes C4 y C5.

La situación por servicio de salud se puede ver en el siguiente gráfico.

**Gráfico 5.1: Indicador Tiempo Promedio de Espera por Atención**



Fuente: Elaboración propia en base a DAU

Dentro de estos el que se escapa en términos de tiempos es Valdivia, que representa un 12% de esta muestra, elevando el promedio general. Por otra parte, si bien Arauco tiene cifras que parecen anormalmente bajas tiene, también una baja incidencia en el indicador total, cercana a cero.

### **Tiempo Promedio de Espera para el Traslado**

Definición:

Corresponde a la cantidad de horas que debe esperar un paciente que debe ser trasladado hasta que efectivamente ocurra el traslado.

Fórmula:

$$\frac{\text{Total de minutos de espera de pacientes que deben ser trasladados en SUR}}{\text{Total de trasladados desde SUR}}$$

Justificación:

La estancia media de un paciente está relacionada con la capacidad resolutiva del servicio de urgencias y/o con una correcta gestión de las camas hospitalarias o de sus alternativas de hospitalización.

Fuente de Información:

DAU electrónico.

Se dispone de información para los siguientes servicios de salud: 01: Arica; 04: Atacama; 05: Coquimbo; 06: Valparaíso San Antonio; 08: Aconcagua; 10: Metropolitano Occidente; 14: Metropolitano Sur Oriente; 21: Araucanía Sur; 22: Valdivia; 24: Del Reloncaví y 28: Arauco; 29: Araucanía Norte.

De estos servicios se excluyeron a Antofagasta e Iquique por presentar valores fuera de rango (casi 21 horas para Antofagasta y casi 17 días para Iquique) y aquellos registros de los que no se tenía información acerca del destino del alta.

De los datos se excluyeron, además, aquellos registros que no contaban con fecha de admisión y aquellos en que la fecha de alta menos la fecha de admisión resultaba en números negativos.

Como traslado se consideraron las altas de traslado y de hospitalización.

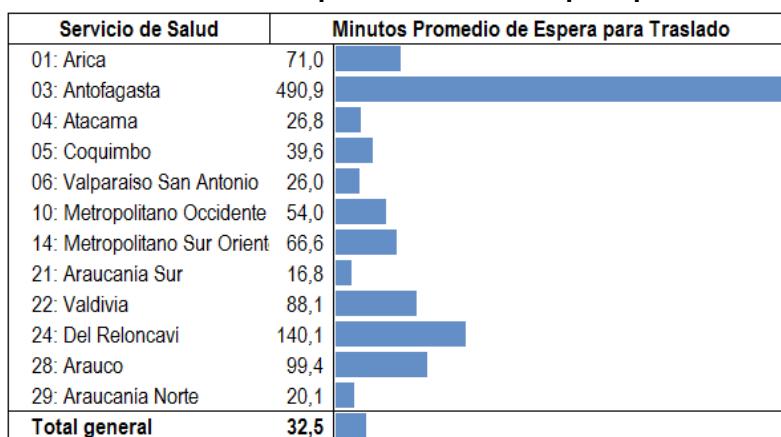
Cálculo del Indicador:

**Tabla 5.23: Indicador Tiempo Promedio de Espera para el Traslado**

Total 2014		
SUR	Total de minutos de espera de pacientes que deben ser trasladados $\frac{572.025}{17.608}$	Minutos Promedio de Espera para Traslado = 32,5

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Gráfico 5.2: Indicador Tiempo Promedio de Espera para el Traslado**



Fuente: Elaboración propia en base a DAU

Este indicador, presenta un período de tiempo razonable, de 32,1 minutos para ser trasladado. No obstante, se ve fuertemente influido por el peso relativo del Servicio de Salud de Araucanía Sur, que constituye un 56% de esta muestra.

Por otra parte, el peor desempeño lo obtiene Antofagasta, con un poco más de ocho horas de tiempo promedio transcurrido entre la admisión y el traslado (representa sólo un 0,24% de la muestra).

### **Porcentaje de Traslados a Centros de Mayor Complejidad**

#### Definición:

Este indicador mide el porcentaje de traslados de pacientes en el SUR a centros de mayor complejidad.

#### Fórmula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ total de Traslados de Pacientes de Urgencia a Centros de Mayor Complejidad}}{N^{\circ} \text{ Total de Pacientes de Urgencia}} \%$$

#### Justificación:

El indicador refleja una gestión óptima de los pacientes y la resolutividad de los distintos niveles de atención de la RdU

#### Fuente de Información:

DAU electrónico.

Se dispone de información para los siguientes servicios de salud:

03: Antofagasta; 04: Atacama; 05: Coquimbo; 10: Metropolitano Occidente; 21: Araucanía Sur; 22: Valdivia; 28: Arauco y 29: Araucanía Norte.

Se excluyeron aquellos registros que no contaban con información en el campo destino del alta.

Como traslado se consideraron las altas de traslado y de hospitalización.

#### Cálculo del Indicador:

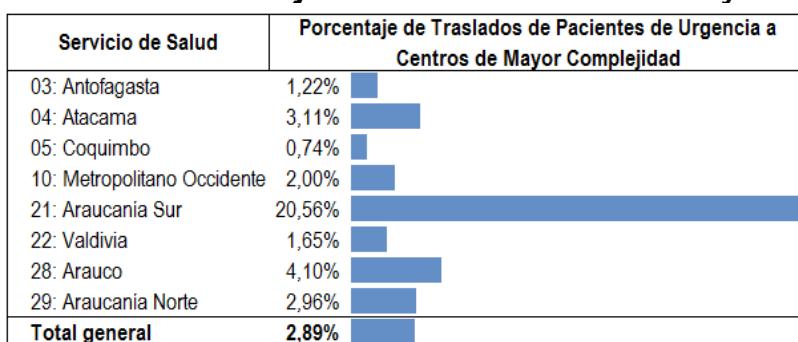
**Tabla 5.24: Indicador Porcentaje de Traslados a Centros de Mayor Complejidad**

Total 2014		
SUR	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ total de traslados de pacientes a centros de mayor complejidad}}{\text{Número total de pacientes de urgencia}} = \frac{237}{8.203}$	Porcentaje de Traslados de Pacientes de Urgencia a Centros de Mayor Complejidad = 2,89%

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

Si se compara el porcentaje de traslados con el alfa calculado en el indicador de red, se puede señalar que este indicador es bajo, lo que es positivo, considerando que un 30% del mix de complejidad está dado por los C1, C2 y C3.

**Gráfico 5.3: Indicador Porcentaje de Traslados a Centros de Mayor Complejidad**



Fuente: Elaboración propia en base a DAU

No obstante, estos resultados no son parejos entre los diferentes servicios de salud, observándose grandes variaciones entre ellos. Araucanía Sur claramente escapa al promedio.

### Tasa de Mortalidad (Letalidad)

Definición:

Corresponde a la tasa de fallecidos en el SUR

Fórmula:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes fallecidos}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes atendidos}} \times 1.000$$

Justificación:

La tasa de mortalidad mide indirectamente la capacidad y eficacia del servicio a la hora de resolver con rapidez aquellos casos críticos ya sea en el propio servicio de urgencias o derivando al paciente al centro de referencia.

Fuente de Información:

DAU electrónico.

Se dispone de información para los siguientes servicios de salud:

01: Arica; 02: Iquique; 03: Antofagasta; 04: Atacama; 05: Coquimbo; 06: Valparaíso San Antonio; 08: Aconcagua; 10: Metropolitano Occidente; 14: Metropolitano Sur Oriente; 21: Araucanía Sur; 22: Valdivia; 24: Del Reloncaví; 28: Arauco 29: Araucanía Norte.

Se excluyeron aquellos registros que no contaban con información en el campo destino del alta y los servicios de salud 06: Valparaíso San Antonio y 08: Aconcagua que sólo cuentan con un registro respectivamente con información del alta.

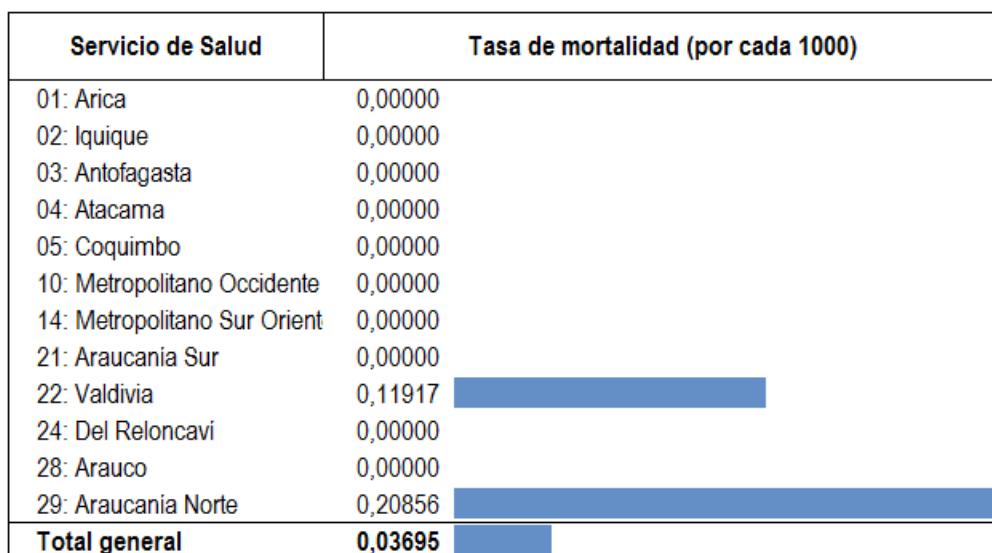
Cálculo del Indicador:

**Tabla 5.25: Indicador Tasa de Mortalidad (Letalidad)**

Total 2014			
SUR	Número de pacientes fallecidos	=	Tasa de mortalidad (por cada 1000) = 0,03695
	14		
	378.887		

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Gráfico 5.4: Indicador Tasa de Mortalidad (Letalidad)**



Fuente: Elaboración propia en base a DAU

En general, se observa que la tasa de letalidad es muy baja, lo que indicaría que todos aquellos casos que son complejos son derivados a centros de mayor resolutividad, no obstante, la baja tasa de traslados señalada en el indicador revisado anteriormente hace suponer, finalmente, que los casos de gravedad que están llegando a los SUR son pocos.

## SAPU

### Tiempo Promedio de Espera para el Traslado

#### Definición:

El tiempo promedio en minutos que se demora una persona que debe ser trasladada.

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Total de minutos de espera de pacientes para traslado}}{\text{Nº de traslados}} \times 1.000$$

#### Justificación:

La estancia media de un paciente está relacionada con la capacidad resolutiva del servicio de urgencias y/o con una correcta gestión de las camas hospitalarias o de sus alternativas de hospitalización.

#### Fuente de Información:

DAU Electrónico, considerando como el tiempo de espera la diferencia entre el traslado y la admisión. Para traslado consideran las altas "Traslado" propiamente tal y hospitalización.

Se dispone de información para los siguientes servicios de salud: 03: Antofagasta; 04: Atacama; 05: Coquimbo; 06: Valparaíso San Antonio; 07: Viña del Mar Quillota; 10: Metropolitano Occidente; 11: Metropolitano Central; 12: Metropolitano Oriente; 13: Metropolitano Sur; 14: Metropolitano Sur Oriente; 16: Del Maule; 17: Ñuble; 19: Talcahuano; 20: Biobío; 21: Araucanía Sur; 22: Valdivia; 25: Aisén; 26: Magallanes; 28: Arauco y 29: Araucanía Norte.

De los datos se excluyeron, además, aquellos registros que no contaban con fecha de admisión y aquellos en que la fecha de alta menos la fecha de admisión resultaba en números negativos.

#### Cálculo del Indicador:

**Tabla 5.26: Indicador Tiempo Promedio de Espera para el Traslado**

Total 2014		
SAPU	Total de minutos de espera de pacientes que deben ser trasladados $\frac{\text{que deben ser trasladados}}{\text{Total de pacientes trasladados}} = \frac{2.755.826}{37.167}$	Minutos Promedio de Espera para Traslado = 74,14712

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

El promedio general es una hora y tres cuartos, valor que se encuentra fuertemente influido por el servicio de salud metropolitano oriente que tiene los mayores niveles de espera, cercanos a las 6 horas.

**Gráfico 5.5: Indicador Tiempo Promedio de Espera para el Traslado**

Servicio de Salud	Minutos Promedio de Espera para Traslado
03: Antofagasta	46,3
04: Atacama	43,6
05: Coquimbo	50,0
06: Valparaíso San Antonio	70,7
07: Viña del Mar Quillota	212,9
10: Metropolitano Occidente	60,6
11: Metropolitano Central	68,4
12: Metropolitano Oriente	342,4
13: Metropolitano Sur	50,5
14: Metropolitano Sur Orient	61,0
16: Del Maule	61,0
17: Ñuble	57,0
19: Talcahuano	32,0
20: Biobío	67,1
21: Araucanía Sur	67,7
22: Valdivia	65,4
25: Aisén	77,8
26: Magallanes	50,0
28: Arauco	36,1
29: Araucanía Norte	63,7
<b>Total general</b>	<b>74,1</b>

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

### Tiempo de Espera por Atención

#### Definición:

Este indicador mide el promedio de tiempo de espera de los pacientes desde que ingresan a urgencia hasta que son atendidos.

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Total de minutos de espera por atención en SAPU}}{\text{Total de atenciones realizadas en SAPU}}$$

#### Justificación:

La estancia media de un paciente está relacionada con la capacidad resolutiva del servicio de urgencias y/o con una correcta gestión de las camas hospitalarias o de sus alternativas de hospitalización.

#### Fuente de Información:

DAU electrónico.

Se dispone con información de los siguientes servicios de salud:

- 05: Coquimbo

- 09: Metropolitano Norte
- 10: Metropolitano Occidente
- 12: Metropolitano Oriente
- 14: Metropolitano Sur Oriente
- 16: Del Maule
- 19: Talcahuano
- 26: Magallanes

De los datos se excluyeron, además, aquellos registros que no contaban con fecha y hora de admisión y aquellos en que la fecha y hora de atención menos la fecha y hora de admisión resultaba en números negativos.

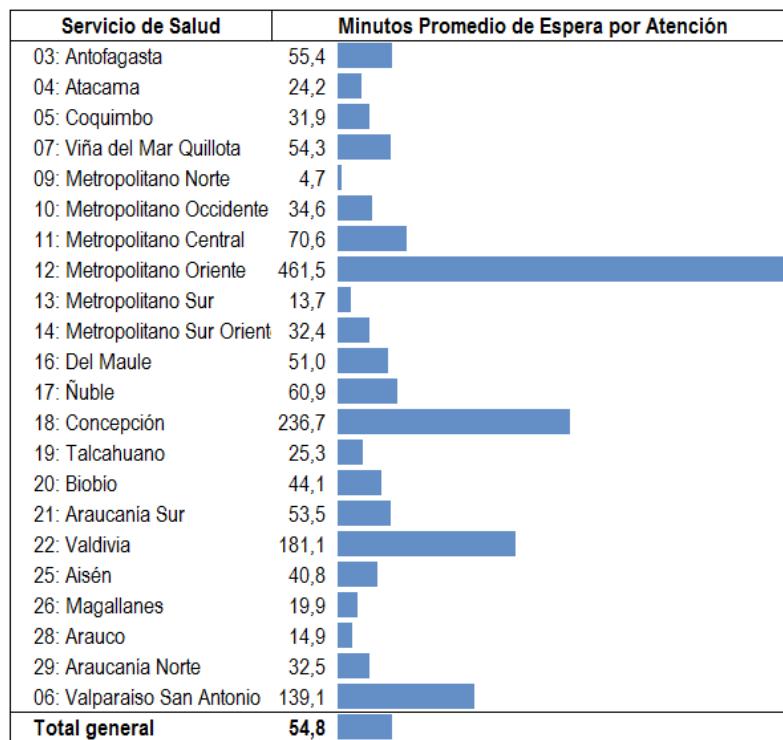
Cálculo del Indicador:

**Tabla 5.27: Indicador Tiempo de Espera por Atención**

Total		
SAPU	Total de minutos de espera por atención $\frac{\text{Total de minutos de espera por atención}}{\text{Total de atenciones realizadas}} = \frac{63.107.913}{1.152.056}$	Minutos Promedio de Espera por Atención = 54,77851

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Gráfico 5.6: Indicador Tiempo de Espera por Atención**



Fuente: Elaboración propia en base a DAU

## **Porcentaje de Traslados a Centros de Mayor Complejidad**

### Definición:

Este indicador mide el porcentaje de traslados de pacientes en los SAPU a centros de mayor complejidad.

### Fórmula:

$$\frac{\text{Nº total de traslados de pacientes de urgencia a centros de mayor complejidad}}{\text{Nº total de pacientes de urgencia}} \%$$

### Justificación:

El indicador refleja la capacidad de resolver la demanda por atenciones y optimizar la gestión de los recursos humanos y físicos de la RdU.

### Fuente de Información:

DAU electrónico.

Se dispone de información para los siguientes servicios de salud:

- 05: Coquimbo
- 09: Metropolitano Norte
- 10: Metropolitano Occidente
- 12: Metropolitano Oriente
- 14: Metropolitano Sur Oriente
- 16: Del Maule
- 19: Talcahuano
- 26: Magallanes

Se excluyeron aquellos registros que no contaban con información en el campo destino del alta.

Como traslado se consideraron las altas de traslado y de hospitalización.

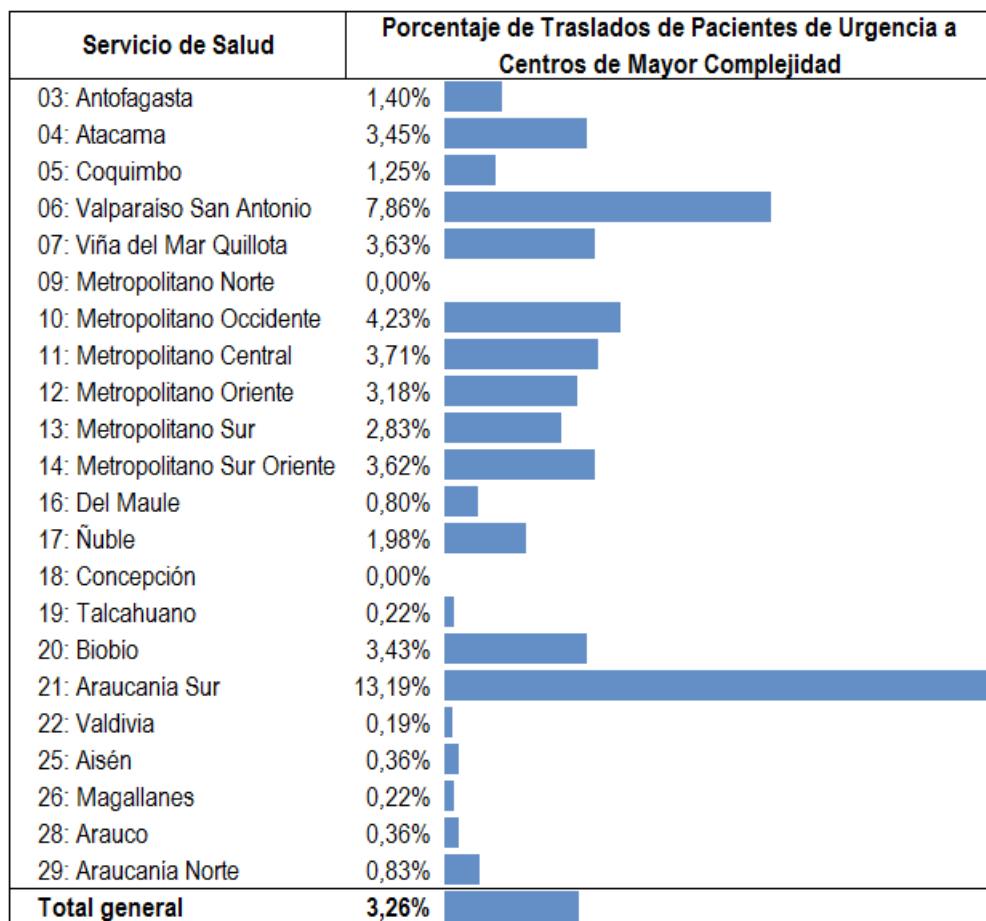
### Cálculo del Indicador:

**Tabla 5.28.: Indicador Porcentaje de Traslados a Centros de Mayor Complejidad**

Total 2014		
SAPU	$\frac{\text{Nº total de traslados de pacientes a centros de mayor complejidad}}{\text{Número total de pacientes de urgencia}} = \frac{37.273}{1.143.677}$	<b>Porcentaje de Traslados de Pacientes de Urgencia a Centros de Mayor Complejidad</b> = <b>3,26%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Gráfico 5.7: Indicador Porcentaje de Traslados a Centros de Mayor Complejidad**



Fuente: Elaboración propia en base a DAU

### Tasa de Mortalidad (Letalidad)

#### Definición:

Corresponde a la tasa de fallecidos en el SAPU

#### Fórmula:

$$\frac{Nº \text{ de pacientes fallecidos}}{Nº \text{ de pacientes atendidos}} \times 1.000$$

#### Justificación:

La tasa de mortalidad mide indirectamente la capacidad y eficacia del servicio a la hora de resolver con rapidez aquellos casos críticos ya sea en el propio servicio de urgencias o derivando al paciente al centro de referencia.

#### Fuente de Información:

DAU electrónico.

Se dispone de información para los siguientes servicios de salud:

03: Antofagasta; 04: Atacama; 05: Coquimbo; 06: Valparaíso San Antonio; 07: Viña del Mar Quillota; 09: Metropolitano Norte; 10: Metropolitano Occidente; 11: Metropolitano Central; 12: Metropolitano Oriente; 13: Metropolitano Sur; 14: Metropolitano Sur Oriente; 16: Del Maule; 17: Ñuble; 18: Concepción; 19: Talcahuano; 20: Biobío; 21: Araucanía Sur; 22: Valdivia; 25: Aisén; 26: Magallanes; 28: Arauco y 29: Araucanía Norte.

Se excluyeron aquellos registros que no contaban con información en el campo destino del alta.

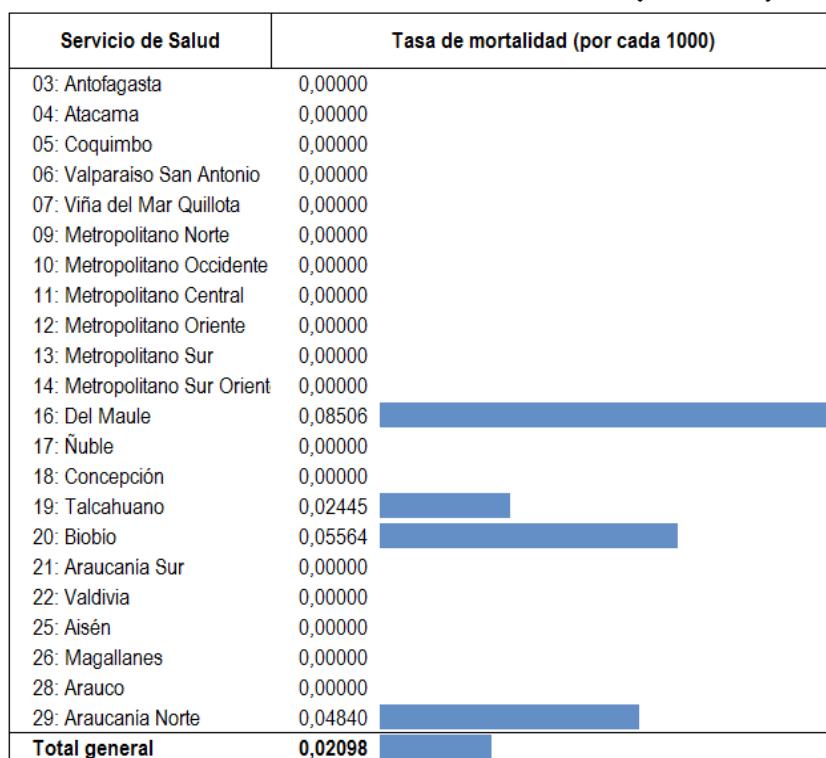
Cálculo del Indicador:

**Tabla 5.29: Indicador Tasa de Mortalidad (Letalidad)**

SAPU	Total	
	Número de pacientes fallecidos = 24	
	Número de pacientes atendidos = 1.143.677	Tasa de mortalidad (por cada 1000) = 0,02098

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Gráfico 5.8: Indicador Tasa de Mortalidad (Letalidad)**



Fuente: Elaboración propia en base a DAU

## Selector de Demanda

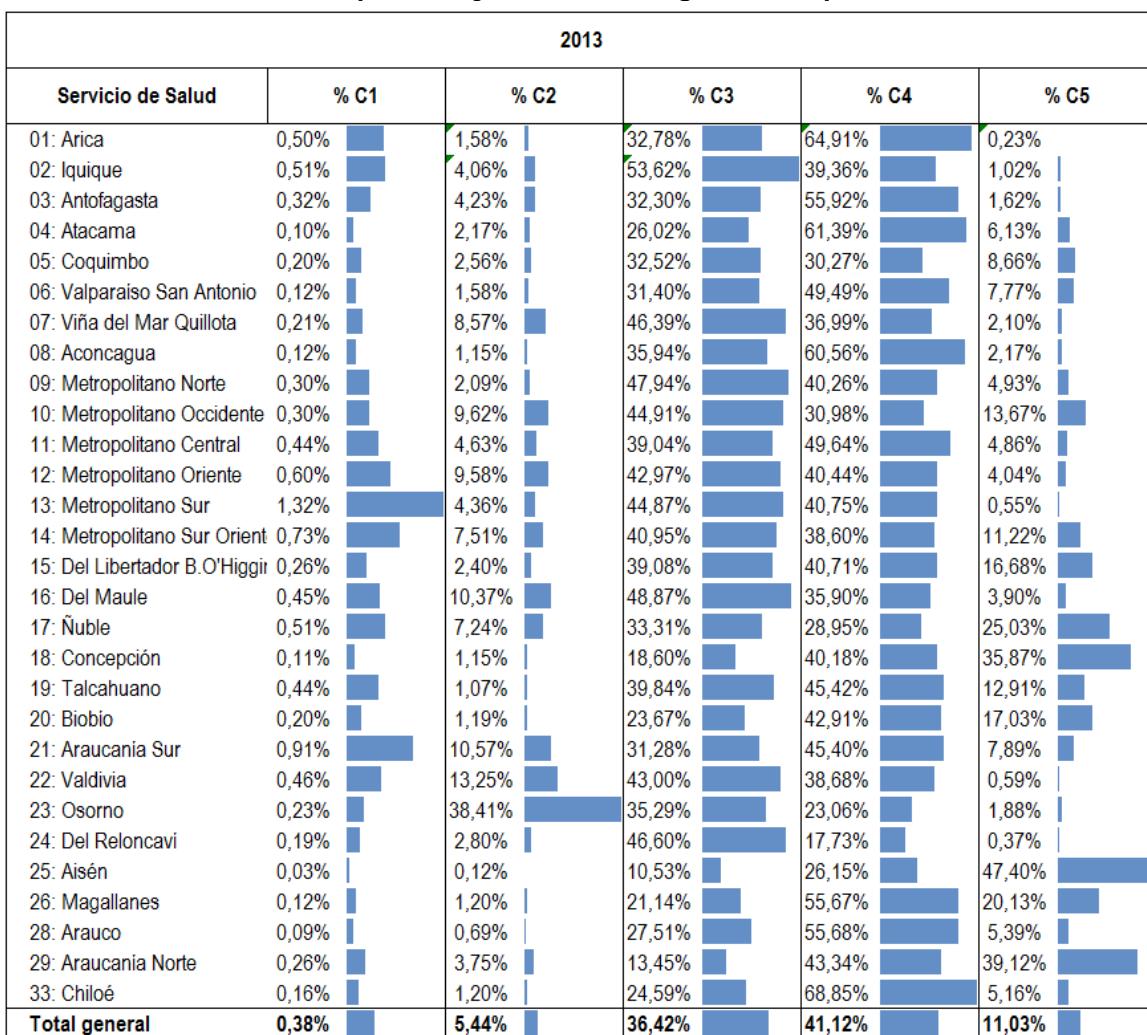
### Porcentaje de cada categorización

**Tabla 5.30: Indicador porcentaje de cada categorización**

Total Servicios 2013		
Selector de Demanda	Casos C1	= 20.586
	Casos Totales	5.431.640
	Casos C2	= 295.327
	Casos Totales	5.431.640
	Casos C3	= 1.978.473
	Casos Totales	5.431.640
	Casos C4	= 2.233.415
	Casos Totales	5.431.640
	Casos C5	= 598.865
	Casos Totales	5.431.640
	Sin Categorización	= 304.974
	Casos Totales	5.431.640
	% Sin Categorización	= 5,61%

Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

**Gráfico 5.9: Indicador porcentaje de cada categorización por Servicio de Salud**



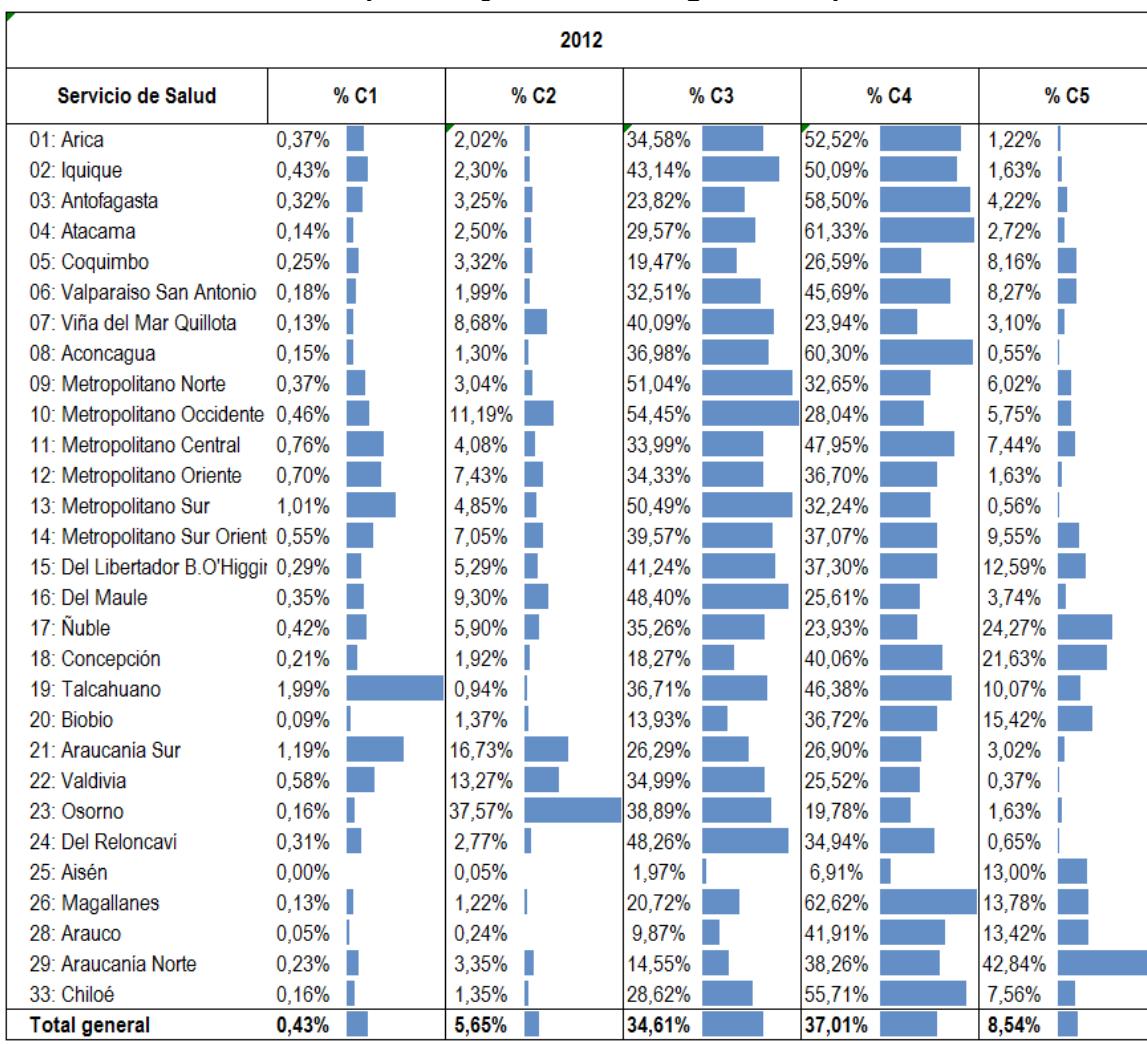
Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

**Tabla 5.31: Indicador porcentaje de cada categorización**

Total Servicios 2012					
Selector de Demanda	Casos C1	=	Casos Totales	=	0,43%
	23.596		5.424.439		
	Casos C2	=	Casos Totales	=	5,65%
	306.721		5.424.439		
	Casos C3	=	Casos Totales	=	34,61%
	1.877.229		5.424.439		
	Casos C4	=	Casos Totales	=	37,01%
	2.007.827		5.424.439		
	Casos C5	=	Casos Totales	=	8,54%
Sin Categorización		=	Casos Totales	=	13,75%
Sin Categorización		=	746.086		
Casos Totales		=	5.424.439		

Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

**Gráfico 5.10: Indicador porcentaje de cada categorización por Servicio de Salud**



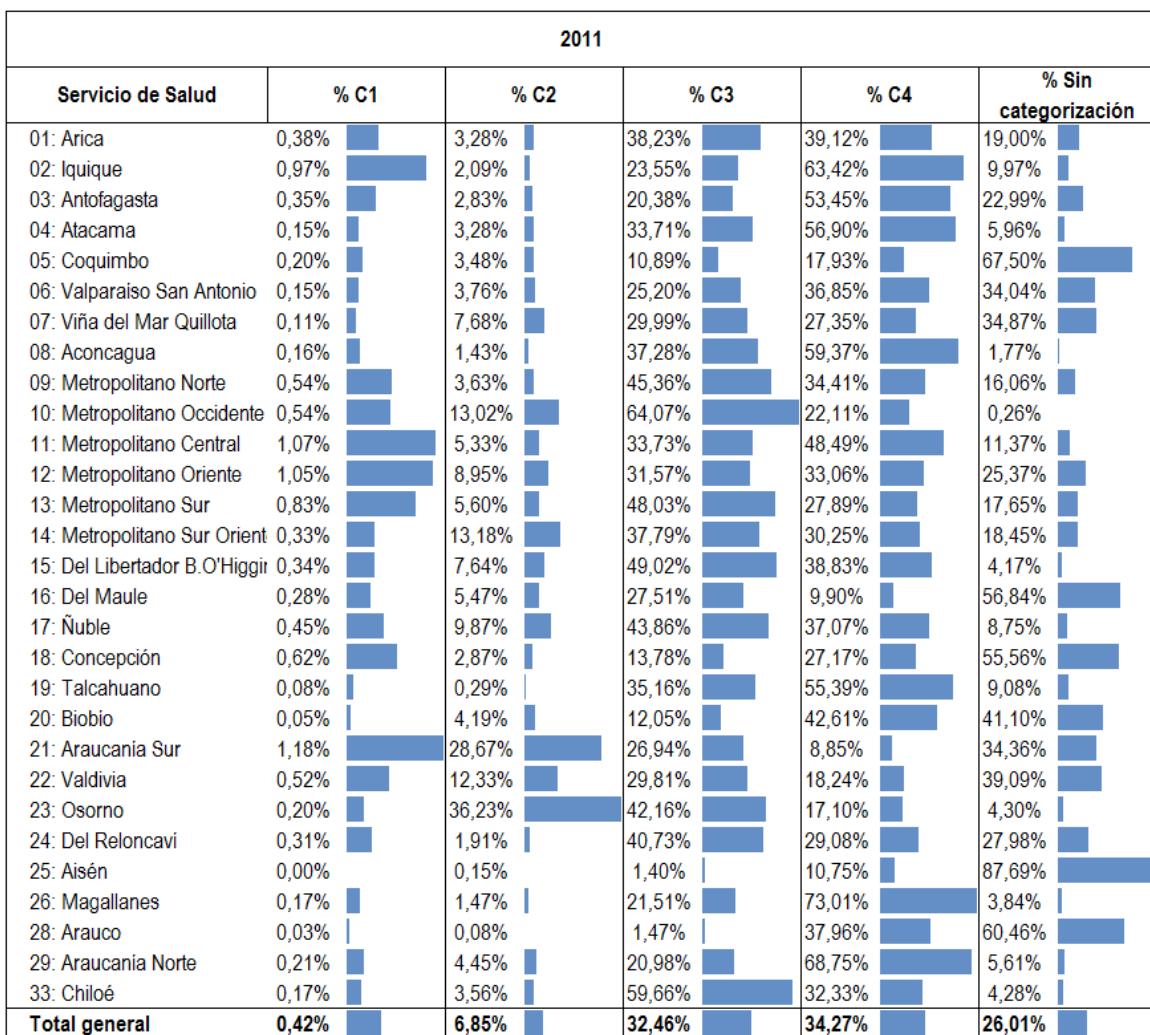
Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

**Tabla 5.32: Indicador porcentaje de cada categorización**

Total Servicios 2011					
Selector de Demanda	Casos C1	21.951	% C1	=	0,42%
	Casos Totales	5.280.969			
	Casos C2	361.860	% C2	=	6,85%
	Casos Totales	5.280.969			
	Casos C3	1.714.005	% C3	=	32,46%
	Casos Totales	5.280.969			
	Casos C4	1.809.580	% C4	=	34,27%
	Casos Totales	5.280.969			
	Sin Categorización	1.373.593	% Sin categorización	=	26,01%
	Casos Totales	5.280.969			

Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

**Gráfico 5.11: Indicador porcentaje de cada categorización por Servicio de Salud**



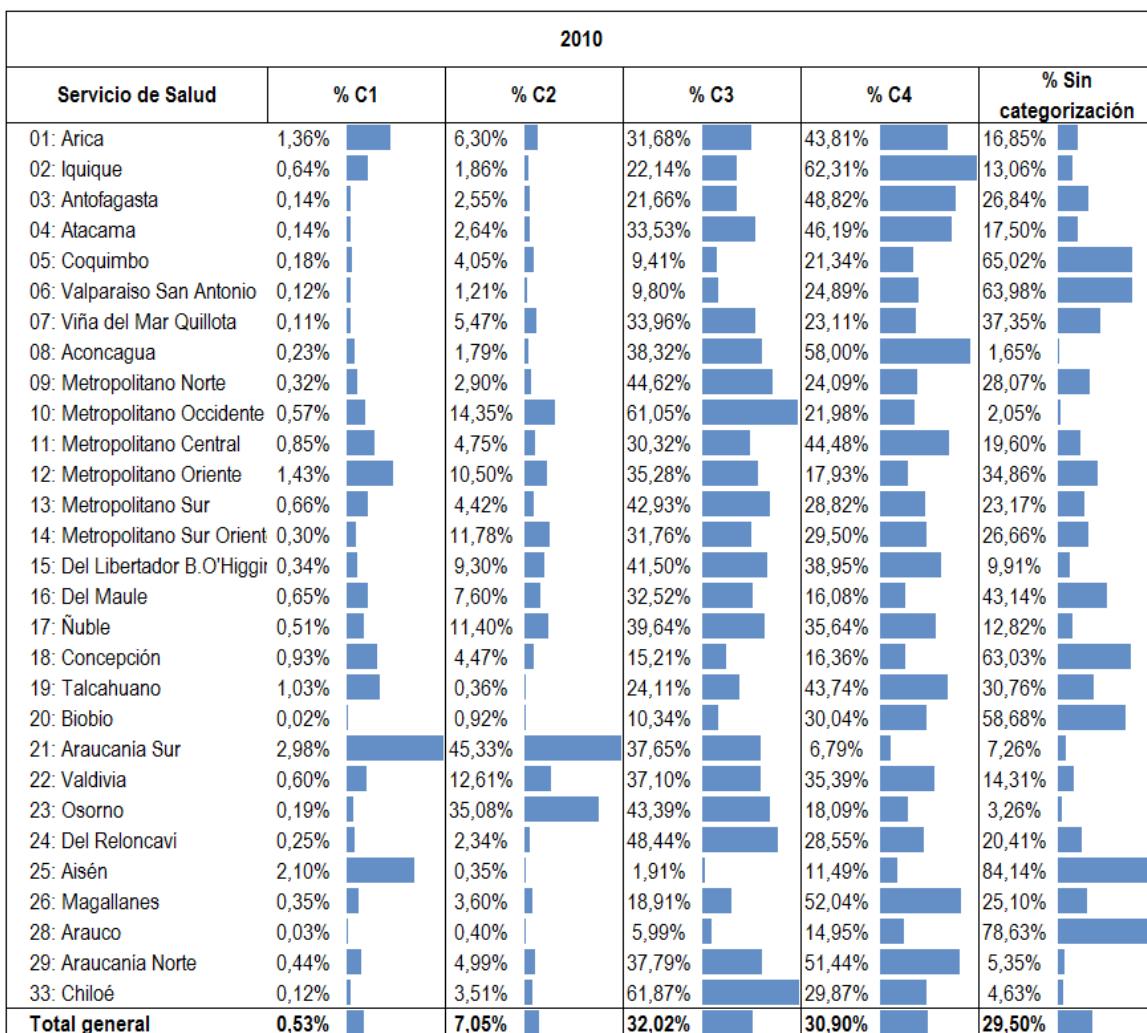
Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

**Tabla 5.33: Indicador porcentaje de cada categorización**

Total Servicios 2010					
Selector de Demanda	Casos C1	26.940	% C1	=	0,53%
	Casos Totales	5.088.395			
	Casos C2	358.971	% C2	=	7,05%
	Casos Totales	5.088.395			
	Casos C3	1.629.153	% C3	=	32,02%
	Casos Totales	5.088.395			
	Casos C4	1.572.185	% C4	=	30,90%
	Casos Totales	5.088.395			
	Sin Categorización	1.501.146	% Sin categorización	=	29,50%
	Casos Totales	5.088.395			

Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

**Gráfico 5.12: Indicador porcentaje de cada categorización por servicio**



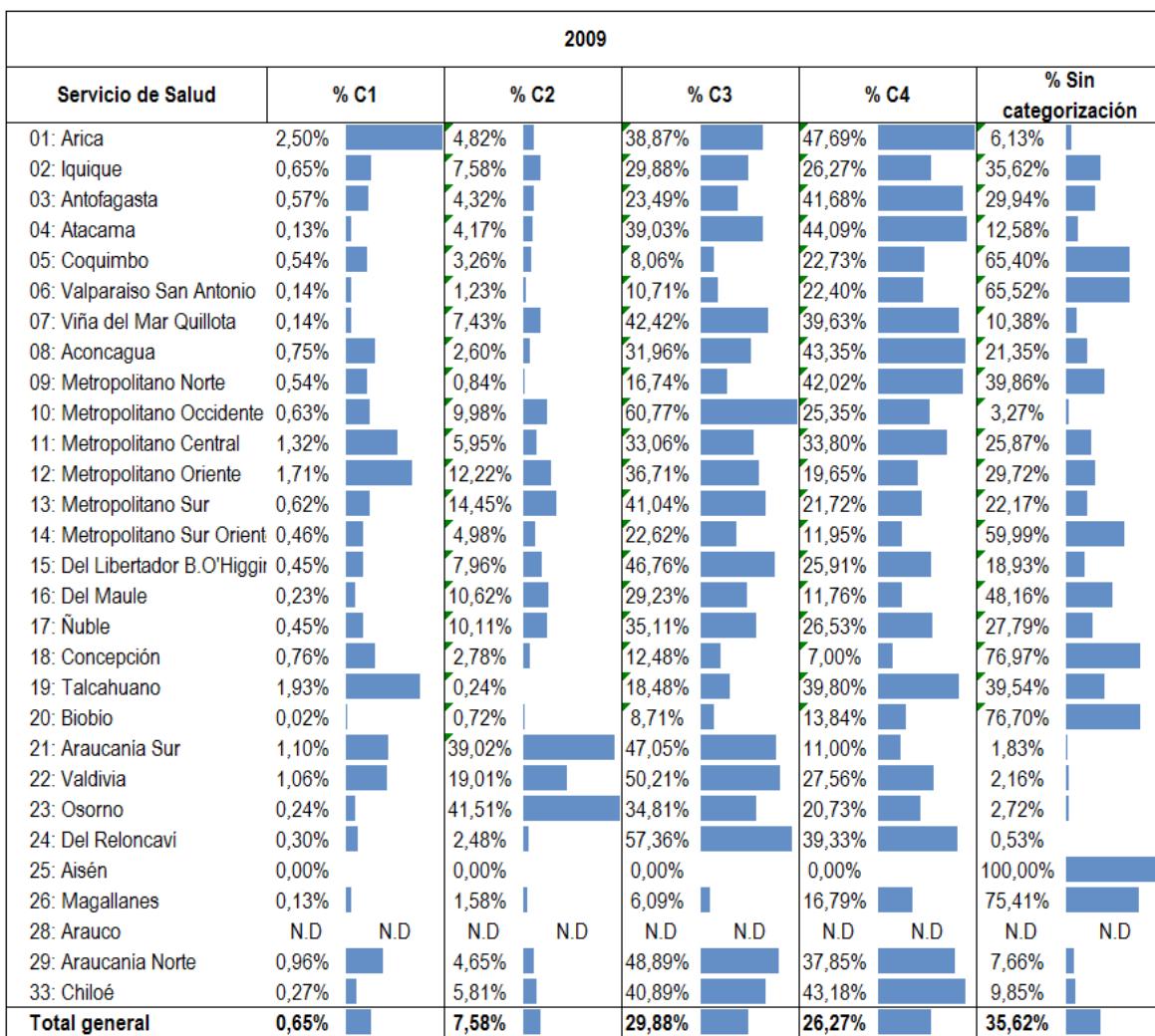
Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

**Tabla 5.34: Indicador porcentaje de cada categorización**

Total Servicios 2009					
Selector de Demanda	Casos C1	= 22.317	% C1	= 0,65%	
	Casos Totales	= 3.454.953			
	Casos C2	= 261.917	% C2	= 7,58%	
	Casos Totales	= 3.454.953			
	Casos C3	= 1.032.492	% C3	= 29,88%	
	Casos Totales	= 3.454.953			
	Casos C4	= 907.451	% C4	= 26,27%	
	Sin Categorización	= 1.230.776	% Sin categorización	= 35,62%	
Casos Totales		= 3.454.953			

Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

**Gráfico 5.13: Indicador porcentaje de cada categorización por Servicio de Salud**



Fuente: Elaboración propia basada en data DEIS MINSAL.

UEH

### Permanencia Superior a 24 Horas en Urgencias

Definición:

Indicador para medir la Oportunidad en la Atención a través de la Permanencia Superior a 24 Horas en la UEH.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número de Pacientes con Permanencia Superior a 24 Horas en la UEH al Año}}{\text{Número Total de Pacientes Atendidos en la UEH al Año}}$$

Justificación:

La permanencia superior a 24 horas en el SUH puede ser consecuencia de problemática asociada a la óptima gestión de camas hospitalarias o de la capacidad resolutiva del propio servicio de urgencias. Tan solo puede justificarse por inestabilidad hemodinámica y/o nueva patología aguda durante su estancia en el SUH.

Fuente de Información:

DAU electrónico.

Se dispone de información para los siguientes servicios de salud:

03: Antofagasta; 04: Atacama; 05: Coquimbo; 06: Valparaíso San Antonio; 07: Viña del Mar Quillota; 08: Aconcagua; 09: Metropolitano Norte; 11: Metropolitano Central; 12: Metropolitano Oriente; 13: Metropolitano Sur; 14: Metropolitano Sur Oriente; 15: Del Libertador B.O'Higgins; 16: Del Maule; 17: Ñuble; 18: Concepción; 19: Talcahuano; 20: Biobío; 21: Araucanía Sur; 22: Valdivia; 23: Osorno; 24: Del Reloncaví; 25: Aisén; 26: Magallanes; 28: Arauco; 29: Araucanía Norte y 33: Chiloé.

Se excluyeron aquellos registros que no contaban con información en el campo destino del alta.

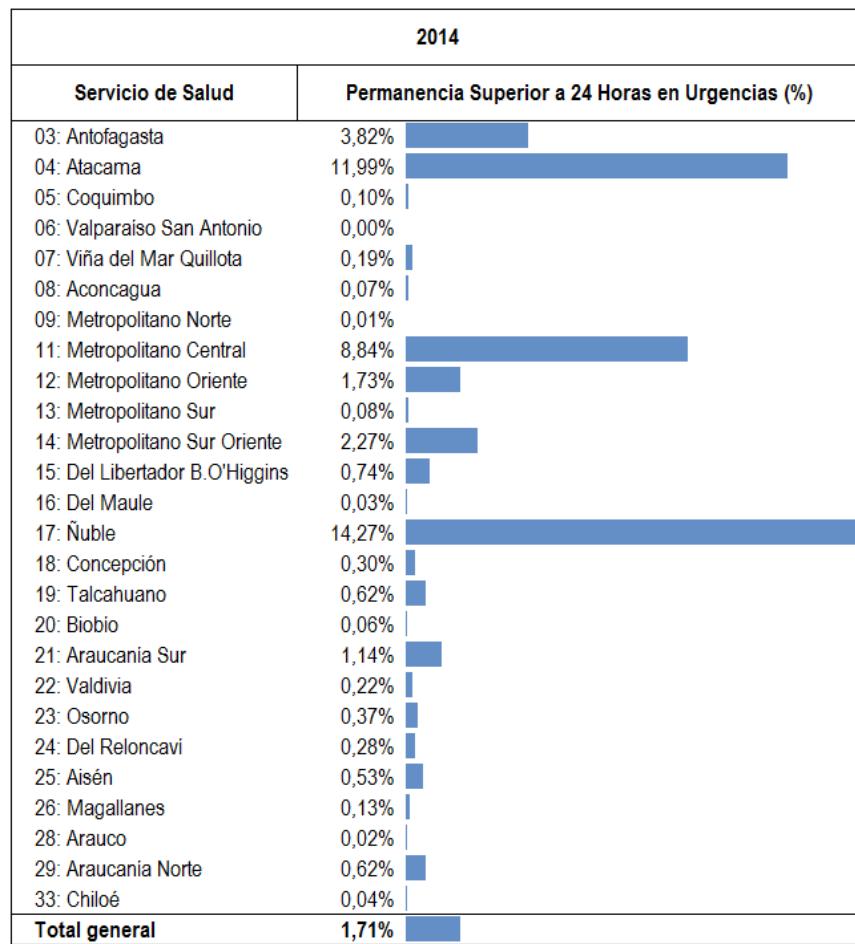
Cálculo del Indicador:

**Tabla 5.35: Indicador Permanencia Superior a 24 Horas en Urgencias**

Total 2014			
UEH	Nº de pacientes con permanencia superior a 24 horas en el S.U. Número total de pacientes atendidos en dicho periodo de tiempo	=	Permanencia Superior a 24 Horas en Urgencias (%)
	64.090 3.744.106	=	1,71%

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Gráfico 5.14: Indicador Permanencia Superior a 24 Horas en Urgencias**



Fuente: Elaboración propia en base a DAU

### Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes de Urgencia

#### Definición:

Mide el tiempo de espera desde que un paciente con triage ingresa al Unidad de Emergencia Hospitalaria hasta que es atendido por un profesional de la salud.

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Sumatoria del Tiempo de 1ª Asistencia de cada uno de los Pacientes Atendidos en el Año en la UEH}}{\text{Nº Total de Pacientes Atendidos en el Año en la UEH}}$$

#### Justificación:

En los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) se atienden pacientes con patologías en las que las demoras en el diagnóstico y tratamiento tienen gran repercusión en la posterior evolución del proceso así como en la morbilidad. El tiempo transcurrido desde la demanda de la asistencia hasta la primera atención por parte del facultativo es

determinante en esta demora, siendo por tanto un elemento clave del proceso de atención tanto desde el punto de vista clínico como de calidad percibida.

Fuente de Información:

DAU electrónico, para pacientes los servicios 03: Antofagasta, 04: Atacama, 05: Coquimbo, 06: Valparaíso San Antonio, 07: Viña del Mar Quillota, 08: Aconcagua, 09: Metropolitano Norte, 11: Metropolitano Central, 12: Metropolitano Oriente, 13: Metropolitano Sur, 14: Metropolitano Sur Oriente, 15: Del Libertador B.O'Higgins, 16: Del Maule, 17: Ñuble, 18: Concepción, 19: Talcahuano, 20: Biobío, 21: Araucanía Sur, 22: Valdivia, 23: Osorno, 24: Del Reloncaví, 25: Aisén, 26: Magallanes, 28: Arauco, 29: Araucanía Norte y 33: Chiloé.

Se excluye Atacama por tener valores fuera de rango (1,3 días antes de primera atención). Los valores negativos derivados de la diferencia entre el momento de la primera asistencia y el ingreso, así como aquellos registros en los que el momento del ingreso era igual o menor a cero.

Cálculo del Indicador:

**Tabla 5.36: Indicador Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes de Urgencia**

Total 2014		
UEH	$\frac{\text{Sumatoria del tiempo de 1ª asistencia pacientes}}{\text{Número total de pacientes atendidos}} = \frac{178.105.661}{2.721.003} = 65,5$	Tiempo de Espera de Atención por Médico = 65,5 (Minutos)

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Gráfico 5.15: Indicador Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes de Urgencia**

2014	
Servicio de Salud	Tiempo de Espera de Atención por Médico (Minutos)
03: Antofagasta	36,5
05: Coquimbo	16,8
06: Valparaíso San Antonio	84,9
07: Viña del Mar Quillota	11,6
08: Aconcagua	57,1
09: Metropolitano Norte	9,1
11: Metropolitano Central	205,9
12: Metropolitano Oriente	31,2
13: Metropolitano Sur	14,1
14: Metropolitano Sur Oriente	59,9
15: Del Libertador B.O'Higgins	53,8
16: Del Maule	52,1
17: Ñuble	20,3
18: Concepción	38,4
19: Talcahuano	9,3
20: Biobío	55,1
21: Araucanía Sur	79,5
22: Valdivia	41,0
23: Osorno	24,7
24: Del Reloncaví	61,4
25: Aisén	72,4
26: Magallanes	72,9
28: Arauco	23,9
29: Araucanía Norte	115,3
33: Chiloé	23,4
<b>Total general</b>	<b>65,5</b>

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

### Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes C2 y C3

#### Definición:

Mide el tiempo de espera desde que un paciente C2 y C3 ingresa al Unidad de Emergencia Hospitalaria hasta que es atendido por un profesional de la salud.

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Sumatoria del Tiempo de 1ª Asistencia de cada uno de los Pacientes C2 y C3 Atendidos en la UEH en el Año}}{\text{Nº total de pacientes C2 y C3 atendidos en la UEH en el año}}$$

#### Justificación:

En los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) se atienden pacientes con patologías en las que las demoras en el diagnóstico y tratamiento tienen gran repercusión en la posterior evolución del proceso así como en la morbilidad. El tiempo transcurrido

desde la demanda de la asistencia hasta la primera atención por parte del facultativo es determinante en esta demora, siendo por tanto un elemento clave del proceso de atención tanto desde el punto de vista clínico como de calidad percibida.

En este caso se mide el tiempo en aquellos pacientes con mayor complejidad, a excepción de los C1, cuya atención debe ser inmediata.

*Fuente de Información:*

DAU electrónico, para pacientes los servicios 03: Antofagasta, 04: Atacama, 05: Coquimbo, 06: Valparaíso San Antonio, 07: Viña del Mar Quillota, 08: Aconcagua, 09: Metropolitano Norte, 11: Metropolitano Central, 12: Metropolitano Oriente, 13: Metropolitano Sur, 14: Metropolitano Sur Oriente, 15: Del Libertador B.O'Higgins, 16: Del Maule, 17: Ñuble, 18: Concepción, 19: Talcahuano, 20: Biobío, 21: Araucanía Sur, 22: Valdivia, 23: Osorno, 24: Del Reloncaví, 25: Aisén, 26: Magallanes, 28: Arauco, 29: Araucanía Norte y 33: Chiloé.

Sólo se consideran aquellos registros en los que la última categorización es C2 o C3, la diferencia entre la fecha de atención y la fecha de admisión es positiva o cero y donde la fecha y hora de admisión es mayor que cero. Se excluyó a Atacama por tener valores fuera de rango, específicamente, 1,26 días para atender pacientes C2 y C3.

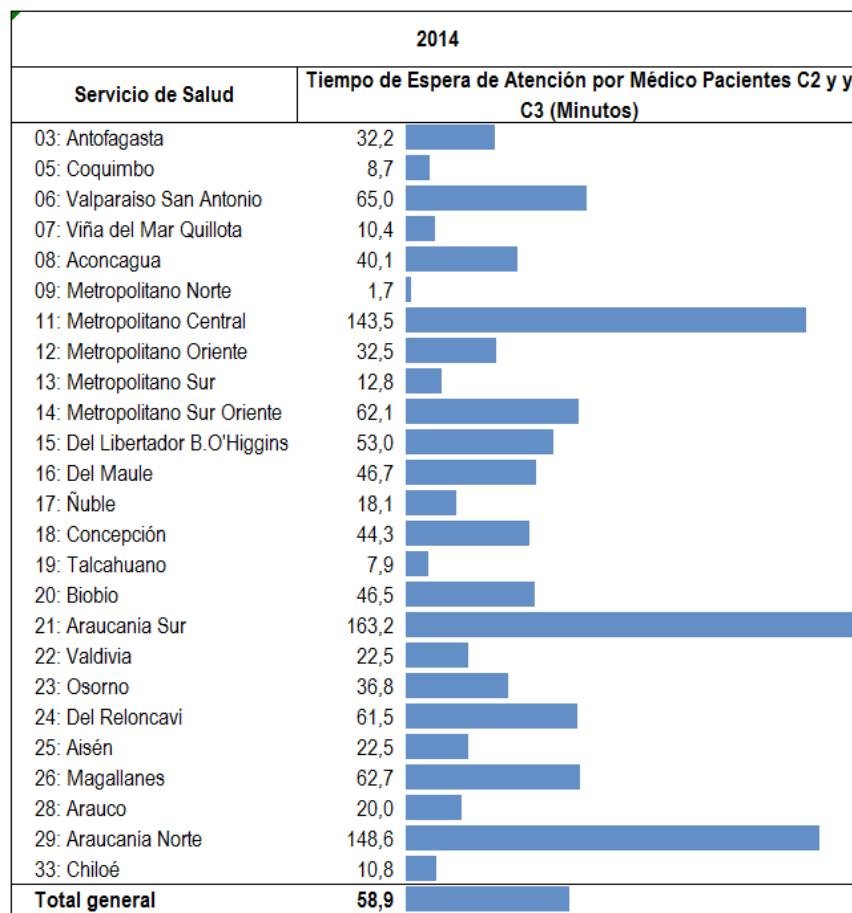
*Cálculo del Indicador:*

**Tabla 5.37: Indicador Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes C2 y C3**

Total 2014		
UEH	Sumatoria del tiempo de 1 <sup>a</sup> asistencia pacientes C2 y C3 Número total de pacientes C2 y C3 atendidos	Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes C2 y C3 (Minutos)
	$\frac{57.636.626}{978.741} = 58,9$	= 58,9

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Gráfico 5.16: Indicador Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes C2 y C3**



Fuente: Elaboración propia en base a DAU

### Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes C4 y C5

#### Definición:

Mide el tiempo de espera desde que un paciente C4 y C5 ingresa al Unidad de Emergencia Hospitalaria hasta que es atendido por un profesional de la salud.

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Sumatoria del tiempo de 1ª asistencia de cada uno de los pacientes C4 y C5 atendidos en la UEH en el año}}{\text{Nº total de pacientes C4 y C5 atendidos en la UEH en el año}}$$

#### Justificación:

En los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) se atienden pacientes con patologías en las que las demoras en el diagnóstico y tratamiento tienen gran repercusión en la posterior evolución del proceso así como en la morbilidad. El tiempo transcurrido desde la demanda de la asistencia hasta la primera atención por parte del facultativo es

determinante en esta demora, siendo por tanto un elemento clave del proceso de atención tanto desde el punto de vista clínico como de calidad percibida.

En este caso se mide el tiempo en aquellos pacientes con menor complejidad.

Fuente de Información:

DAU electrónico 2014 para los servicios de salud de 03: Antofagasta, 04: Atacama, 05: Coquimbo, 06: Valparaíso San Antonio, 07: Viña del Mar Quillota, 08: Aconcagua, 09: Metropolitano Norte, 11: Metropolitano Central, 12: Metropolitano Oriente, 13: Metropolitano Sur, 14: Metropolitano Sur Oriente, 15: Del Libertador B.O'Higgins, 16: Del Maule, 17: Ñuble, 18: Concepción, 19: Talcahuano, 20: Biobío, 21: Araucanía Sur, 22: Valdivia, 23: Osorno, 24: Del Reloncaví, 25: Aisén, 26: Magallanes, 28: Arauco, 29: Araucanía Norte, 33: Chiloé.

Se excluye Atacama por presentar valores fuera de rango y aquellos en que el día y hora de ingreso es posterior al día y hora de atención, así como aquellos registros en que la fecha y hora de ingreso es menor o igual a cero.

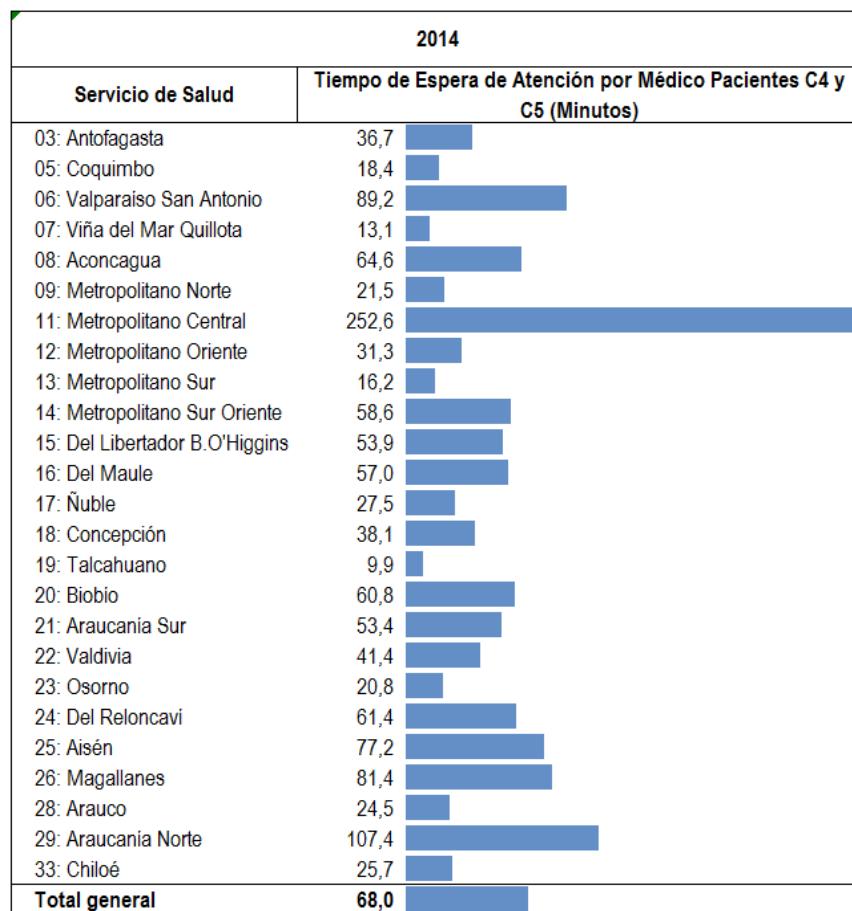
Cálculo del Indicador:

**Tabla 5.38: Indicador Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes C4 y C5**

Total 2014			
UEH	Sumatoria del tiempo de 1 <sup>a</sup> asistencia pacientes C4 y C5 Número total de pacientes C4 y C5 atendidos	117.453.861 1.727.041	Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes C4 y C5 (Minutos) = 68,0

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Gráfico 5.17: Indicador Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes C4 y C5**



Fuente: Elaboración propia en base a DAU

### **Tiempo de Espera para Triage, Menor a Diez Minutos**

#### Definición:

Mide la proporción de pacientes categorizados que tuvieron que esperar hasta un máximo de diez minutos para que se les efectúe el triage.

#### Fórmula:

$$\frac{\text{Número de pacientes con un tiempo de espera por triage inferior o igual a 10 minutos en la UEH al año}}{\text{Nº Total de Pacientes Clasificados en la UEH al Año}}$$

#### Justificación:

El triage se instaura como herramienta de evaluación para la priorización de la asistencia en función del nivel de urgencia del paciente. Un tiempo de espera excesivo para esta evaluación genera demoras y dificulta la identificación precoz de los pacientes que precisan de una atención inmediata o rápida.

Fuente de Información:

DAU electrónico para los servicios de salud 03: Antofagasta, 04: Atacama, 05: Coquimbo, 06: Valparaíso San Antonio, 07: Viña del Mar Quillota, 08: Aconcagua, 09: Metropolitano Norte, 11: Metropolitano Central, 12: Metropolitano Oriente, 13: Metropolitano Sur, 14: Metropolitano Sur Oriente, 15: Del Libertador B.O'Higgins, 16: Del Maule, 17: Ñuble, 18: Concepción, 19: Talcahuano, 20: Biobío, 21: Araucanía Sur, 22: Valdivia, 23: Osorno, 24: Del Reloncaví, 25: Aisén, 26: Magallanes, 28: Arauco, 29: Araucanía Norte, 33: Chiloé.

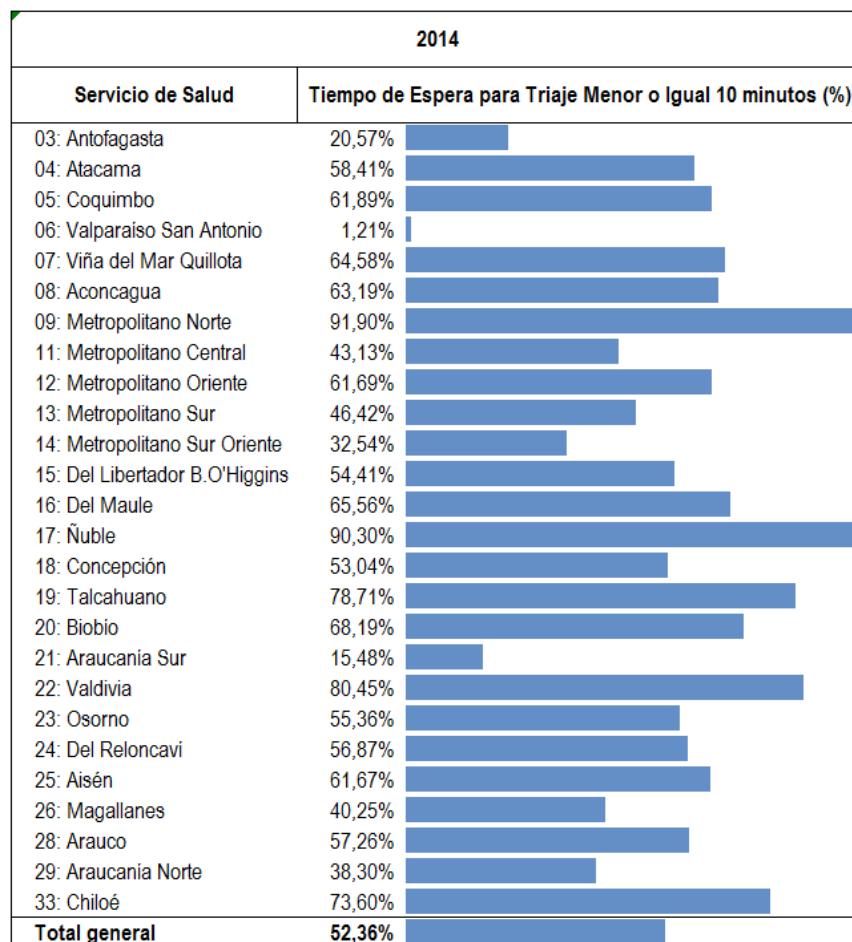
Cálculo del Indicador:

**Tabla 5.39: Indicador Tiempo de Espera para Triage, Menor a Diez Minutos**

UEH	Total 2014	
	Número de pacientes con un tiempo de espera por triaje inferior o igual a 10 minutos	$\frac{\text{Número de pacientes con un tiempo de espera por triaje inferior o igual a 10 minutos}}{\text{Número total de pacientes clasificados}} = 52,36\%$
	Número total de pacientes clasificados	

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Gráfico 5.18: Indicador Tiempo de Espera para Triage, Menor a Diez Minutos**



Fuente: Elaboración propia en base a DAU

## Indicadores de la Submuestra 6ta Región:

### UEH

**Tabla 5.40: Indicador Permanencia Superior a 24 Horas en Urgencias**

Total 2012		
<b>UEH</b>	Nº de pacientes con permanencia superior a 24 horas en el S.U. <hr/> 0 Número total de pacientes atendidos en dicho periodo de tiempo 9.115	Permanencia Superior a 24 Horas en Urgencias (%) = 0,00%
Total 2013		
<b>UEH</b>	Nº de pacientes con permanencia superior a 24 horas en el S.U. <hr/> 92 Número total de pacientes atendidos en dicho periodo de tiempo 229.760	Permanencia Superior a 24 Horas en Urgencias (%) = 0,04%

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.41.: Indicador Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes de Urgencia**

Total 2012		
<b>UEH</b>	Sumatoria del tiempo de 1ª asistencia pacientes <hr/> 1.033.582 Número total de pacientes atendidos 8.368	Tiempo de Espera de Atención por Médico = 123,5 (Minutos)
Total 2013		
<b>UEH</b>	Sumatoria del tiempo de 1ª asistencia pacientes <hr/> 26.464.232 Número total de pacientes atendidos 209.344	Tiempo de Espera de Atención por Médico = 126,4 (Minutos)

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.42.: Indicador Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes C2 y C3**

Total 2012		
<b>UEH</b>	Sumatoria del tiempo de 1ª asistencia pacientes C2 y C3 <hr/> 181.383 Número total de pacientes C2 y C3 atendidos 1.734	Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes C2 y C3 = 104,6 (Minutos)
Total 2013		
<b>UEH</b>	Sumatoria del tiempo de 1ª asistencia pacientes C2 y C3 <hr/> 5.689.479 Número total de pacientes C2 y C3 atendidos 49.725	Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes C2 y C3 = 114,4 (Minutos)

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.43: Indicador Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes C4 y C5**

Total 2012			
<b>UEH</b>	Sumatoria del tiempo de 1 <sup>a</sup> asistencia pacientes C4 y C5 Número total de pacientes C4 y C5 atendidos	= 851.832 6.628	<b>Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes C4 y C5 (Minutos)</b> = 128,5
Total 2013			
<b>UEH</b>	Sumatoria del tiempo de 1 <sup>a</sup> asistencia pacientes C4 y C5 Número total de pacientes C4 y C5 atendidos	= 20.758.908 159.485	<b>Tiempo de Espera de Atención por Médico Pacientes C4 y C5 (Minutos)</b> = 130,2

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

**Tabla 5.44: Indicador Tiempo de Espera para Triage, Menor a Diez Minutos**

Total 2012			
<b>UEH</b>	Número de pacientes con un tiempo de espera por triage inferior o igual a 10 minutos Número total de pacientes clasificados	= 499 9.115	<b>Tiempo de Espera para Triage Menor o Igual 10 minutos (%)</b> = 5,47%
Total 2013			
<b>UEH</b>	Número de pacientes con un tiempo de espera por triage inferior o igual a 10 minutos Número total de pacientes clasificados	= 11.596 229.760	<b>Tiempo de Espera para Triage Menor o Igual 10 minutos (%)</b> = 5,05%

Fuente: Elaboración propia en base a DAU

## **Anexo 6.: Revisión bibliográfica acerca de intervenciones para mejorar la Red de Urgencia**

Con el fin de encontrar evidencia acerca de intervenciones que han probado ser efectivas en la mejora de la atención de urgencia se realizó una búsqueda bibliográfica de revisiones sistemáticas y artículos de revisión que trataran sobre el tema. Se encontraron tres títulos con estas características. A continuación, se presenta una bibliografía comentada de ellos.

1. Elizabeth ELDER, Amy NB JOHNSTON and Julia CRILLY. Emergency Medicine Australasia (2015) 27, 394–404 doi: 10.1111/1742-6723.12446. Review article: Systematic review of three key strategies designed to improve patient flow through the emergency department

El objetivo de este estudio fue explorar la literatura en respecto de tres estrategias clave destinadas a mejorar el flujo de pacientes en los servicios de urgencias.

Se encontraron 21 artículos elegibles para ser parte de la revisión. La efectividad de las estrategias se midió mayoritariamente utilizando el tiempo de estadía en el servicio de urgencia (SU).

Se encontró que una expansión del rol de las enfermeras, el triaje asistido por médico y las unidades médicas de evaluación clínica son modelos de atención que pueden impactar positivamente el flujo de los Servicios de Urgencia.

- Expansión del rol de enfermería: este tipo de intervenciones de enfermería avanzada que incluyen actividades iniciadas por las enfermeras como la solicitud de imagenología o indicación de tratamiento inicial del dolor.
- Triage asistido por médico: Este es un proceso de triaje en el que participa un médico lo que permite una mejor estratificación del riesgo del paciente y un tratamiento inicial más rápido.
- Unidades médicas de evaluación: Consiste en unidades multidisciplinarias especialmente diseñadas para la evaluación y tratamiento inicial de los pacientes mientras esperan ser atendidos por especialistas.

Estos modelos demostraron disminuir el tiempo de estadía en el SU y el número de personas que se retiraron del SU sin atención.

2. Non-Emergency Department Interventions to Reduce ED Utilization: A Systematic Review. Sofie Rahman Morgan, MD, MBA, Anna Marie Chang, MD, MSCE, Mahfood Alqatari, MD, and Jesse M. Pines, MD, MBA, MSCE ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE • October 2013, Vol. 20, No. 10

Esta fue una revisión sistemática de las intervenciones que se pueden realizar fuera de los SU para reducir el número de consultas de urgencia. Se revisó la literatura sobre intervenciones en cinco categorías: educación del paciente, aumento de la oferta de atención ambulatoria, gestión de la demanda, manejo pre-hospitalario de urgencias , e incentivos financieros de los pacientes. Se incluyeron 39 estudios. Dos de los cinco estudios sobre la educación de los pacientes encontraron reducciones en el uso de los SU que van desde 21% a 80%. De los 10 estudios de aumento de oferta, cuatro mostraron disminuciones de 9% a 54%, y uno un incremento del 21%. Ambos estudios sobre

manejo pre-hospitalario encontraron reducciones de 3% a 7%. De los 12 estudios sobre gestión de la demanda, 10 tuvieron descensos que van del 1% al 46%. Nueve de cada 10 estudios sobre los incentivos financieros de los pacientes encontraron una disminución de 3% a 50%, y uno un aumento del 34%. Aproximadamente dos tercios de los estudios aquí identificados mostraron reducciones en el uso de los SU.. Las intervenciones con el mayor número de estudios que muestran reducciones en el uso de SU son los que incluyen incentivos financieros a los pacientes y gestión de la demanda, mientras que la mayor magnitud de las reducciones se encontraron en estudios que incluyen intervenciones educativas a los pacientes.

3. Comparative Effectiveness of Care Coordination Interventions in the Emergency Department: A Systematic Review. Elyse B. Katz, MD, Emily R. Carrier, MD, Craig A. Umscheid, MD, MSCE, Jesse M. Pines, MD, MBA. Annals of Emergency Medicine Volume 60(1): July 2012

El objetivo del estudio fue realizar una revisión sistemática sobre la efectividad de intervenciones de coordinación de la atención basado en servicios de urgencias (SU).

Se definió coordinación de la atención basada en servicios de urgencias como intervenciones que incluyeran al menos uno de los siguientes puntos.

- Incorporación garantizada de la información clínica de consultas anteriores del paciente en la consulta de urgencia actual
- Provisión de una intervención educativa sobre las necesidades de continuidad de la atención después del alta
- Desarrollo de un plan post-atención de urgencia e información sobre los pasos a seguir para obtener una adecuada atención de salud.
- Transferencia de información sobre la atención de urgencia actual a el prestador de APS o prestadores de atención continua.

Los estudios tenían que cuantificar la transferencia de información o reportar visitas repetidas al servicio de urgencia, hospitalizaciones, o las tasas de seguimiento clínico.

Se incluyeron 23 artículos. De diecinueve estudios que se desarrollaron planes post-urgencia, 12 fueron efectivos en aumentar las tasas de seguimiento o reducir las visitas repetidas al Servicio de Urgencia. Cuatro estudios encontraron paradójicamente mayores tasas de consultas al servicio de urgencia. De 4 estudios que incluyeron una intervención educativa de atención continua, 2 fueron efectivos. De dos estudios que implementaron intervenciones para permitir la transferencia de información hacia los prestadores de salud habituales, sólo uno fue efectivo. Finalmente, un estudio evaluó la incorporación de información desde otros sitios y encontró tasas más altas de transferencia de información, sin embargo no se estudió si esta información era utilizada en la atención de urgencia.

En conclusión, los autores encontraron que las intervenciones de coordinación de la atención que se han implementado en los SU tienen eficacia variable. La mayoría se han implementado en centros individuales, lo que hace que la generalización de los resultados de los estudios con resultados positivos sea difícil.