

ASESORIAS
PARA EL
DESARROLLO



Evaluación Ex post de Hospitales y su efecto sobre las Redes Asistenciales

Informe Final
Versión revisada

Agosto 2014

Equipo a cargo:

Consuelo Valderrama, socióloga y responsable del estudio
Karina Sepúlveda, Ingeniero en Sistemas de Información y Control de Gestión (hasta febrero 2014)
Rodrigo Contreras Soto, Médico Cirujano especialista en Salud Pública y Diplomado en Gestión de Instituciones de Salud
Jorge Viveros Robles, Licenciado en Economía e Ingeniero Comercial
Marina Elena Vega Muñoz, Ingeniero Comercial Mención Economía y MBA con Especialización en Salud

Colaboradores:

Carolina Guerra, Socióloga
Marcelo Miño, Sociólogo
Diego Aguilera, geógrafo
Dra. Susana Pepper (hasta febrero 2014)

Índice

I. PRESENTACIÓN	4
CONTEXTO EN EL CUAL SE LLEVA A CABO EL PRESENTE ESTUDIO	6
II. MARCO TEÓRICO: EL MODELO DE GESTIÓN EN RED	8
1. LAS REDES ASISTENCIALES Y SUS SISTEMAS DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA	8
1.1. ANTECEDENTES DE CONTEXTO	8
1.2. NIVELES DE ATENCIÓN	10
1.3. TIPOS DE ATENCIÓN EN LAS REDES ASISTENCIALES	11
1.4. EL MODELO ASISTENCIAL DE LAS REDES Y SUS REFERENCIAS	11
III. METODOLOGÍA	13
1. ENFOQUE DE LA EVALUACIÓN: PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	13
2. FOCO DE LA EVALUACIÓN	14
3. ARQUITECTURA DE LA EVALUACIÓN	14
3.1. UNIDAD DE EVALUACIÓN DE EFECTOS SOCIO-ECONÓMICOS DE MEDIANO PLAZO DE LOS PROYECTOS EJECUTADOS EN DOS REDES ASISTENCIALES DE LA REGIÓN METROPOLITANA.	14
3.2. UNIDAD DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO	19
3.2.1. DISEÑO MUESTRAL	19
3.2.2. TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN E INSTRUMENTO	22
3.2.3. PLAN DE TRABAJO DE CAMPO	24
3.2.4. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA EFECTIVAMENTE LOGRADA	25
IV. SITUACIÓN EX ANTE	32
1. ANTECEDENTES DE LOS PROYECTOS EN ESTUDIO	32
2. LEVANTAMIENTO DE LÍNEA BASE	35
3. SITUACIÓN EX ANTE DE LAS REDES ASISTENCIALES	55
V. EVALUACION EX POST	142
1. COSTOS DE INVERSIÓN	142
INDICADORES Y VARIABLES DE CORTO PLAZO	144
INDICADORES Y VARIABLES DE MEDIANO PLAZO	145
2. SATISFACCIÓN USUARIA	146
2.1. RESULTADOS DE LA ENCUESTA	146
2.2. COMPARACIÓN CON OTROS ESTUDIOS DE SATISFACCIÓN USUARIA	150
3. SITUACIÓN EX POST DE LAS REDES ASISTENCIALES	157

VI. MODELOS DE GESTIÓN	277
1. NORMATIVA LEGAL	277
2. MODELO DE GESTIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS EXPERIMENTALES Y AUTOGESTIONADOS EN RED Y SU IMPACTO EN LA RED ASISTENCIAL	282
3. PROPUESTAS EN RELACIÓN AL MODELO DE GESTIÓN	285
4. COMPARACIÓN DE INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO EX ANTE / EX POST A NIVEL DE LA RED ASISTENCIAL A LA CUAL SE INCORPORÓ EL NUEVO ESTABLECIMIENTO	291
5. BUENAS PRÁCTICAS: FORTALEZAS DE LAS REDES ASISTENCIALES Y SU IMPACTO EN LA EFICIENCIA DE CADA RED	299
VII. ANALISIS DE METODOLOGÍA PARA FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN EN PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD	302
1. ANÁLISIS DE METODOLOGÍA DE FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN EX ANTE EN PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD	303
2. ANÁLISIS DE METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN EX POST EN PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD	304
VIII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	308
SUGERENCIAS	310
BIBLIOGRAFIA	312

Evaluación Ex post de Hospitales y su efecto sobre las Redes Asistenciales

Informe Final Versión revisada

I. PRESENTACIÓN

El presente documento constituye el informe final revisado del *Estudio Ex post de Hospitales y su efecto sobre las Redes Asistenciales*, solicitado por la Subsecretaría de Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo Social y que ha sido llevado a cabo por la consultora Asesorías para el Desarrollo.

El **objetivo general** del estudio fue analizar el efecto de la construcción y operación de los Hospitales: Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, y Padre Hurtado, en las redes asistenciales Oriente y Sur Oriente respectivamente.

Por su parte, los **objetivos específicos** fueron los siguientes:

1. Levantar la línea base de la red asistencial sin hospital;
2. Analizar el proyecto de inversión que se incorpora en la red asistencial, al término de ejecución vs proyecto recomendado;
3. Analizar el proyecto en operación y su efecto sobre la red asistencial;
4. Analizar el modelo de gestión de la red con y sin hospital;
5. Analizar los aspectos y variables relevantes a considerar en una metodología de formulación y evaluación ex ante de proyectos de hospitales, así como mejoras a los estándares del MINSAL.

De acuerdo a lo señalado en las bases técnicas, este informe final presenta los contenidos corregidos de los informes 1 al 3, y agrega el desarrollo de los productos relacionados con el objetivo específico 5. En otras palabras, el informe contiene:

Con relación al objetivo 1:

- 1.1 Análisis de la red asistencial sin hospital;
- 1.2. Definición de variables, indicadores y fuentes válidas de datos para el levantamiento de línea base de las redes asistenciales sin hospital;
- 1.3. Definición de una propuesta de recolección de datos” e instrumentos para el levantamiento de información;
- 1.4. Estimación de los indicadores ex ante de línea base sin hospital.

Con relación al objetivo 2:

- 2.1 Análisis de las variables y estimación de los indicadores ex post de corto plazo, es decir, al término de ejecución, para cada uno de los proyectos (costos, plazos y magnitudes);
- 2.2 Comparación de los indicadores de resultado más relevantes entre los proyectos en estudio (ejemplo: Cumplimiento de los plazos) respecto de los respectivos proyectos recomendados.

Con relación al objetivo 3:

3.1. Análisis de las variables y estimación de los indicadores ex post de mediano plazo para cada una de las iniciativas (modelo de gestión/organizacional', costo de mantenimiento y operación, egresos de la red de asistencia y hospitalaria, modelo de negocio, estándares, programas de capacitación, proyectos complementarios y/o interferencia, población beneficiaria, dotación de recursos humanos, satisfacción del usuario, cobertura, análisis de brecha de la oferta y demanda, entre otros);

3.2. Comparación de los indicadores de resultado de mediano plazo más relevantes entre los proyectos (ejemplo: Cumplimiento de cobertura).

Con relación al objetivo 4:

4.1 Análisis y comparación del modelo de gestión de la Red Asistencial con y sin hospital

4.2 Análisis del modelo de gestión del hospital

4.3 Propuesta de mejoras al modelo de gestión implementado en cada uno de los hospitales en relación con la red a la cual pertenece, señalando fortalezas, debilidades y buenas prácticas en relación con los procesos de atención, eficiencia en el uso de recursos, administración de RRHH entre otros.

4.4 Identificación indicadores de eficiencia para la red asistencial y el hospital;

4.5 identificación buenas prácticas que impactan la eficiencia de la red asistencial.

Con relación al objetivo 5:

1.1 Retroalimentación al Sistema Nacional de Inversiones (SNI);

1.2 Retroalimentación la metodología actual de formulación y evaluación ex ante de proyectos de Hospitales.

1.3 Retroalimentación sobre estándares u otro para el Sector Salud;

Además de lo anterior, el informe contiene un ejercicio de desarrollo de una **matriz de marco lógico** para las redes asistenciales. Esta matriz ha sido elaborada en base a conversaciones con la contraparte y con los servicios, buscando constituirse en un aporte para *futuros procesos de planificación y evaluación*. En consecuencia, y si bien incluye algunos de los indicadores considerados en este estudio ex post, es importante señalar *no se trata de la matriz de evaluación del presente estudio, sino más bien constituye la "línea base ideal" para la evaluación ex post de una red asistencial, y tiene carácter de recomendación para futuros procesos de planificación de infraestructura hospitalaria*.

En concreto, el presente documento incluye 7 capítulos, incluida esta presentación, en la cual se explicita el contexto en el cual surge el estudio. El resto de los capítulos incluye los siguientes contenidos:

- El capítulo II presenta el marco teórico que da sustento al sistema, cual es el modelo de gestión en red.
- El capítulo III, presenta la metodología utilizada para realizar el presente estudio
- El capítulo IV da cuenta de la situación ex ante de las redes evaluadas, presentando los antecedentes de los proyectos en estudio, mostrando el levantamiento de línea base y el marco lógico desde el cual se hace dicho levantamiento, y señalando los resultados del análisis ex ante propiamente tal
- El capítulo V presenta la evaluación ex post de las mismas redes, precisando la descripción de la red, su área de influencia, su actividad asistencial y el análisis financiero

- El capítulo VI desarrolla la temática de los modelos gestión, dando cuenta de la normativa legal en la que se apoyan los modelos de los hospitales analizados y el impacto de estos modelos en la red asistencial, desarrollando propuestas en relación a dichos modelos y realizando una comparación de indicadores entre las dos redes evaluadas.
- El capítulo VII desarrolla conclusiones y recomendaciones.

Contexto en el cual se lleva a cabo el presente estudio

El Ministerio de Desarrollo Social, MDS, en su objetivo de profundizar en las bases de un Sistema de Evaluación Ex – Post para enriquecer el Sistema Nacional de Inversiones, ha encargado en los últimos años una serie de estudios de Evaluación Ex - Post aplicados a un conjunto de proyectos desarrollados en distintos sectores.

La evaluación ex - post constituye un proceso que *cierra el ciclo de vida de un proyecto*, complementando de esta manera las etapas de preinversión, inversión y operación, con un análisis comparativo que permite establecer *en qué medida se han alcanzado los objetivos de un proyecto y cuáles han sido los recursos involucrados en dicho logro*. Al mismo tiempo, los resultados de estas experiencias servirán para retroalimentar el proceso en sus diferentes etapas, mejorando la administración y gestión de proyectos de similar tipología.

Por otra parte, aun cuando no es posible "rehacer" las etapas de preinversión e inversión, la evaluación ex - post aporta antecedentes que permiten detectar problemas de gestión en la etapa de operación y por lo tanto, posibilita su futura corrección.

Actualmente se realiza una evaluación ex - post que consiste básicamente en la revisión una vez terminada la etapa de ejecución, de una determinada iniciativa de inversión, oportunidad en que sólo es posible conocer las desviaciones de costos, tiempos y especificaciones técnicas.

Con el desarrollo de estos estudios encargados se pretende avanzar y profundizar en las metodologías de evaluación ex - post, que permitan establecer si la ejecución y puesta en operación cumplió con las proyecciones especificadas en la evaluación ex - ante, además de validar metodologías, supuestos y parámetros utilizados en dichas evaluaciones.

En el caso del sector Salud, se han realizado una serie de estudios en los distintos subsectores debido a las particularidades que presentan sus diversos proyectos. El presente informe es uno de estos, y corresponde al Estudio Ex post de Hospitales y su efecto sobre las redes asistenciales, que en específico se refiere a los Hospitales Luis Tisné ubicado en la comuna de Peñalolén- Chile, dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Oriente y el Hospital Padre Hurtado (llamado inicialmente Hospital San Ramón) ubicado en la comuna de San Ramón – Chile, que se integró a la red del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Este estudio, a diferencia de las habituales evaluaciones ex post solicitadas por el actual Ministerio de Desarrollo Social, **se enfoca especialmente en la inserción de los proyectos hospitalarios en los Servicios de Salud y cómo esto ha afectado a la red a la cual pertenecen**, dado que el sistema de salud en Chile operativiza su Modelo de Atención Integral a través del *Modelo de Gestión de Redes Asistenciales*.

En este modelo, una **red** posee un territorio, una población determinada y dispositivos de salud o establecimientos conocidos que interactúan y se interrelacionan entre sí, con el propósito de permitir que las personas resuelvan sus problemas de salud, de diversa complejidad, cooperativamente en diferentes establecimientos. Por su parte, la ley de autoridad sanitaria asigna al **Gestor de Red** la responsabilidad de gestionar la red constitutiva de cada Servicio de Salud. Para que esta gestión sea la más acorde a las demandas de la población, se hace necesario *actualizar periódicamente la información de la misma*, dado que sus componentes están en permanente cambio, referido tanto a la población y sus necesidades, como a sus dispositivos estructurales y sus interrelaciones.

La actualización de la información requiere de un levantamiento complejo. Ello es necesario porque el origen de los proyectos a evaluar, en el caso de los proyectos que son materia de esta evaluación –Tisné y Padre Hurtado–, está en la década de los 90. La información de los proyectos en dicha época se registraba en las fichas EBI, que no entregan toda la información requerida, y sus respectivos estudios pre-inversionales no han sido habidos. De esta manera, **la información de la que se dispuso para llevar adelante el estudio fue escasa, por lo que fue necesario realizar un cruce entre datos e información recopilada entre actores relevantes de dicha época, y antecedentes documentales que dan cuenta de la situación ex ante, considerada como línea base y luego comparada con los datos, antecedentes documentales y fuentes de información del Ministerio de Salud y otras entidades públicas de años posteriores.**

II. MARCO TEÓRICO: EL MODELO DE GESTIÓN EN RED

Como se señalará en la sección respectiva de este mismo informe, si bien el presente estudio obedece a una metodología de evaluación ex post del Sector de Salud, tiene la particularidad que se sustenta en el efecto que los proyectos de inversión tienen sobre las Redes Asistenciales a las cuales se han incorporado, por lo tanto **el foco está puesto en dichas redes más que en los proyectos en sí mismos**. Es por ello relevante realizar una revisión a las Redes Asistenciales y a sus sistemas de referencia y contra-referencia, de tal manera de sobre este contexto general ubicar el efecto de los proyectos en estudio. A continuación se da cuenta de lo anterior.

1. Las redes asistenciales y sus sistemas de referencia y contra-referencia

1.1. Antecedentes de contexto

Si bien existen diferentes definiciones de lo que es una **red asistencial**, a juicio de los consultores, se podría definir de la siguiente forma:

Una red asistencial está conformada por un conjunto de establecimientos de salud de diferentes características y con distintos niveles de complejidad, que tienen por objetivo satisfacer las necesidades y expectativas de sus usuarios en el ámbito de la salud. La componen mayoritariamente los establecimientos públicos pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y aquellos delegados y privados que hayan establecido algún convenio para entregar determinadas prestaciones o atenciones de salud a la población beneficiaria de dicha red asistencial.

Desde el punto de vista estructural, existen en Chile 29 Servicios de Salud (SS), cada uno de los cuales constituyen su propia red asistencial. A ellos se suma la Atención Primaria de Salud (APS) que depende mayoritariamente de las municipalidades: “La red de cada Servicio de Salud se organiza con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercen funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que solo reciben derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte el MINSAL, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.”¹

Junto con las redes asistenciales que conforma cada SS, a nivel nacional se han diseñado las denominadas “**macro redes**”, las que incluyen centros de mayor complejidad en el país para la derivación de pacientes con patologías específicas o de subespecialidades, las cuales traspasan los límites geográficos de cada SS. Como ejemplo se puede citar el Instituto de Neurocirugía, perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO), al cual son referidos pacientes de cualquier SS del país, según lo definen protocolos de derivación vigentes, para la atención de pacientes con este tipo de patología que requiere de altos niveles de resolutiveidad. La normativa que rige la *referencia* y *contra-referencia* de pacientes en las macro redes la ha fijado el MINSAL,

¹ MINSAL, Reglamento orgánico de los SS, Dto. 140 de 2004, Artículo 3º y 4º. Orientaciones para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud año 2010.

particularmente para todos aquellos pacientes con problemas de salud contemplados en la Ley de Garantías Explícitas de Salud - GES.

A esta red pública de establecimientos hay que incorporar los establecimientos privados y de las Fuerzas Armadas que en muchos casos se integran a la red asistencial, tal como se explicita más adelante.

Una red asistencial debe cumplir con algunas **características** para su buen funcionamiento:

- Definición de la **cartera de servicios, nivel de complejidad y capacidad máxima de oferta** de cada establecimiento que compone la red asistencial.
- Definición de una **población asignada**.
- **Identificación de la demanda** existente para determinadas área de atención y criterios de priorización.
- **Normas y flujogramas de derivación** ampliamente difundidas para los procesos de referencia y contra-referencia: es decir, frente a un determinado paciente con una determinada necesidad de salud, el establecimiento que lo atiende debe saber, a qué establecimiento dentro de su propia red o de una macro red debe ser derivado. Por su parte, una vez resuelta la necesidad que ha determinado la referencia, el paciente debe ser nuevamente referido a su establecimiento de origen si aquello es pertinente (contra-referencia). Esto incluye la APS e idealmente los sistemas deben estar informatizados y funcionar en forma centralizada para compartir agendas y facilitar el proceso de derivación.
- Garantizar la **continuidad en la atención** del paciente así como definir los **criterios de priorización y calificación de urgencias**. Las garantías GES deben además ser consideradas al momento de priorizar las derivaciones, a objeto de cumplir con la garantía de oportunidad que define la ley para los diferentes problemas de salud que incorpora esta ley.
- Tener **normas adecuadamente diseñadas** y en conocimiento de todos los establecimientos de la red, que establezcan las condiciones y/o requisitos para la referencia de pacientes así como para su contra-referencia. Estas normas deben asegurar la satisfacción de las necesidades de los pacientes en forma oportuna, eficaz y eficiente; estandarizar y unificar los procedimientos asociados a la derivación y definir el tipo y las condiciones de transporte e información que debe acompañar al paciente.
- La **información médica relevante del paciente** debe estar disponible en el centro al cual es derivado el paciente, y éste establecimiento a su vez debe entregar dicha información al establecimiento donde el paciente es contra referido, a objeto de garantizar la adecuada atención una vez que vuelve a su centro de atención habitual.

Según la Subsecretaría de Redes Asistenciales, *“La forma de organización del sistema de salud, es a través de redes asistenciales e implica una nueva forma de relacionarse, a través de la articulación y la complementariedad entre sí, para alcanzar objetivos comunes y satisfacer las necesidades de los usuarios. Las características más relevantes de una red son la flexibilidad, la fluidez y la horizontalidad de las relaciones. Todas estas características, insertadas en el dinamismo que se constituye como el elemento clave, que debe ser incorporado en el*

Diseño/Rediseño de la red asistencial... el desafío está en aceptar la diversidad y gestionar las diferencias...”²

1.2. Niveles de atención

Se definen diversos **niveles de complejidad** en estas redes asistenciales, a los cuales pertenecen diversos tipos de establecimientos, según se señala a continuación.

- **Nivel Primario:** es la Atención Primaria de Salud (APS), conformada por establecimientos mayoritariamente dependientes de las municipalidades, que tienen diferencias en cuanto a su modelo asistencial, cartera de servicios y tipo de atención brindada. Es la principal puerta de entrada al Sistema Público de Salud y se caracteriza por tener amplias coberturas en la atención curativa, realizar la labor de promoción, prevención y rehabilitación en salud y aplicar un modelo de atención biopsicosocial denominado “enfoque familiar”, que incluye una mirada no sólo biológica sino psicológica y social en sus estrategias de intervención. El modelo actualmente vigente³ aborda el desafío de consolidar la implementación del modelo de atención en el trabajo con familias y comunidades, desarrollando nuevas formas relacionales, que sitúan al usuario en el centro y a la APS como eje del Sistema de Salud.⁴
- **Nivel secundario:** esta es una atención abierta (es decir ambulatoria) más especializada, principalmente curativa, en la que existen también diferentes niveles de complejidad de acuerdo a la capacidad resolutive de los establecimientos.

Está constituida por: Consultorios Adosados de Especialidades (CAE), Centros Diagnósticos Terapéuticos (CDT), ambos habitualmente adosados a un centro hospitalario y los Centros de Referencia de Salud (CRS), que pueden o no estar adosados a un centro hospitalario. El nivel secundario puede tener además prestaciones de apoyo diagnóstico como imagenología y laboratorio clínico, y la concurrencia de diversos especialistas, con el objeto de aumentar la capacidad resolutive.

- **Nivel Terciario:** constituido por establecimientos hospitalarios donde se realiza la atención de hospitalizados, es decir, de atención cerrada. Estos se categorizan en alta, mediana y baja complejidad según su capacidad resolutive, la cual está definida por el nivel de complejidad, funciones dentro de la red asistencial, disponibilidad de recursos humanos especializados, equipamiento, horario de atención y procedimientos que se realizan⁵.

² MINSAL, “Orientaciones para el proceso de diseño de la red asistencial de los Servicios de Salud: Planificación, Implementación y Evaluación” Octubre 2010.

³ Manual de Apoyo a la implementación del Modelo de Atención integral de Salud con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de atención primaria. MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Año 2008.

⁴ Ver documentación complementaria en “De consultorios a Centros de Salud. Marco Conceptual” MINSAL 1ª Edición 1992 y 2ª edición 1997 y Modelo de Atención Integral en Salud (2005) Serie Cuadernos Modelo de Atención Nº 1 Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial.

⁵ Tema regulado en el Título IV del DS Nº 140 del 2004 de. Ministerio de Salud en los artículos 43 y siguientes.

A este nivel terciario corresponden también los llamados “institutos”, que son centros hospitalarios de atención de nivel secundario y terciario para determinadas especialidades o subespecialidades como por ejemplo el Instituto de Neurocirugía, el Instituto Nacional de Cáncer, para mencionar algunos. Como se señalara previamente, conforman las macro redes de derivación a nivel nacional, a partir de normativas de referencia y contra-referencia emanadas desde el MINSAL.

1.3. Tipos de atención en las redes asistenciales

En los sistemas de salud, universalmente y también a nivel de Chile, se conciben dos tipos de atención en las redes asistenciales, cuya diferenciación se explica por diferentes modelos de referencia existente:

- **Programada:** aquella que corresponde a pacientes cuya necesidad de atención es definida con antelación, en concordancia al tipo de problema de salud y las necesidades específicas de cada paciente, de las cuales se excluye la atención de urgencia o emergencia.
- **De urgencia:** aquella en que el paciente consulta directamente a un servicio de urgencia por considerar que su condición no permite una espera para atención programada, o en la que el paciente es derivado por el propio sistema de salud a un centro de atención de urgencia, dada la gravedad de su caso.

En este modelo, que representa la segunda puerta de entrada al sistema público de salud, participa el **Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU)**, que es un sistema integrado de atención pre hospitalaria y de transporte a través de ambulancias de los pacientes con urgencias médicas. Lo conforma una *red de ambulancias* con diferentes niveles de resolución, las cuales son gestionadas por un Centro Regulador, en la cual un profesional de la salud decide qué tipo de móvil debe prestarse para la atención y el traslado de un determinado paciente, según las condiciones vitales en que se encuentra. Este modelo es transversal a todos los niveles de atención, desde la APS hasta los niveles hospitalarios de mayor complejidad.

En la atención de urgencia, tanto la que es realizada en los establecimientos como aquella que se realiza a través de la atención pre hospitalaria del SAMU, se utiliza un modelo de selección y priorización de acuerdo a la gravedad del paciente denominado “**triage**”, el cual permite, a través de la medición de algunos parámetros clínicos, establecer el riesgo vital de cada paciente y por este medio, de priorizar las atenciones.

1.4. El modelo asistencial de las redes y sus referencias

El modelo está concebido para otorgar a través de la APS la mayor cobertura y mayor resolución de la patología prevalente así como las labores de prevención y promoción en salud, siendo la que entrega el mayor número de prestaciones. La distribución geográfica de estos establecimientos está diseñada en la idea de acercar esta atención a la población beneficiaria, facilitando su acceso.

*El acceso a los niveles de mayor complejidad ocurre sólo a través de la APS, quien es la que, superada su capacidad resolutive, deriva al paciente al nivel secundario a través de una interconsulta, el cual actúa en forma complementaria con el nivel terciario, donde sólo se atienden pacientes que requieren de hospitalización. Este constituye el principio de la **referencia** de pacientes dentro de la red.*

El modelo está diseñado para que el paciente acceda a la red desde la APS y no directamente al nivel secundario o terciario. Una *excepción* a esto lo constituye el paciente que ingresa a un servicio de urgencia y de ahí es derivado al nivel secundario o terciario. Este mecanismo es muy frecuentemente utilizado por pacientes que no reciben atención en la APS o que están en listas de espera, que ven de alguna forma agilizada la resolución de su problema de salud acudiendo a los servicios de urgencia, los que por esta razón atienden una alta proporción de casos que no representan una situación médica de urgencia.

El paciente, una vez resuelto el problema que motivó su referencia a un nivel de mayor complejidad, vuelve a la APS para sus controles posteriores; esto es lo que se entiende por **contra-referencia**. Existen en este tema una serie de problemas derivados tanto del paciente mismo (quien con frecuencia prefiere atenderse en el nivel secundario) como del establecimiento de APS en cuanto a su capacidad resolutive, que hacen de esta contra-referencia una situación *menos frecuente* de lo que se esperaría. Ello genera una suerte de estancamiento de pacientes crónicos en el nivel secundario de mayor complejidad, dificultando la entrada de los llamados “pacientes nuevos”, con la consecuente generación de **listas de espera**, particularmente para especialidades de alta demanda. La causa última en la generación de listas de espera está dada por una falta de oferta en los niveles secundarios y terciarios, la cual se agrava por un modelo insuficiente de contra-referencia de pacientes hacia la APS.

III. METODOLOGÍA

1. Enfoque de la evaluación: perspectiva de los determinantes sociales de la salud

La evaluación que es materia de esta propuesta no se realiza en el vacío. Debe pensarse desde la perspectiva del enfoque sanitario adoptado desde el Estado, y considerando las principales problemáticas de salud que afectan a los chilenos.

En relación con el enfoque sanitario, este se inscribe dentro de la perspectiva de los **determinantes sociales de salud**⁶, que se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se ha fraseado como “las características sociales en que la vida se desarrolla.”

De esta manera, los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas.

Por otra parte, con relación a las **problemáticas de salud**, y según indica la Encuesta Nacional de Salud 2010, hoy, a diferencia de 20 años, un 84% de la carga enfermedades que afectan a la población son por patologías crónicas: digestivas, cardiovasculares, cerebrovasculares y cánceres, las que a su vez son responsables de más de un tercio de las muertes de los chilenos.

La señalada encuesta también arroja como diagnóstico que el 67% de la población mayor de 15 años tiene sobrepeso o es obesa, un 26,9% padece de hipertensión, un 9,7% es diabética, un 17,2% padece síntomas de depresión y un 88,6% es sedentaria.

Ante estos resultados, hacia comienzos de la década el gobierno diseñó una **Estrategia Nacional de Salud 2011-2020**. Ésta define 9 objetivos para los próximos 10 años, 50 metas sanitarias y 513 indicadores a través de los cuales se va a monitorear el cumplimiento de estas medidas. Los 9 objetivos estratégicos son:

1. Reducir la carga sanitaria de las Enfermedades Transmisibles y contribuir a bajar su impacto social y económico.
2. Reducir la Morbilidad, la discapacidad, y mortalidad prematura por Afecciones Crónicas No Transmisibles, Trastornos Mentales, violencia y Traumatismo.
3. Reducir los factores de riesgo asociados a carga de enfermedad a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable.
4. Reducir la Mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital.
5. Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud.

⁶ Ver documento de Patricia Frenz: Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. En www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf

6. Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos.
7. Fortalecer la institucionalidad del sector salud.
8. Mejorar la calidad de la atención en salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.
9. Fortalecer la respuesta adecuada del sector salud ante Emergencias, Desastres y Epidemias.

Estos antecedentes fueron considerados en la evaluación.

2. Foco de la evaluación

El presente estudio evalúa en ambas redes asistenciales –Santiago Oriente y Santiago Sur Oriente– por separado, el impacto de la incorporación de un nuevo centro asistencial, identificando las particularidades de modelos de gestión, financiamiento, calidad, etc. en cada centro, el efecto en la oferta y demanda de las atenciones de salud a la población objetivo y población efectiva. Además de aspectos cuantitativos, se evalúan dimensiones cualitativas, esto desde el punto de vista tanto de directivos, funcionarios y principalmente usuarios beneficiarios de las Redes Asistenciales mencionadas.

3. Arquitectura de la evaluación

La metodología utilizada en el presente estudio recoge datos cuanti y cualitativos, aplicando técnicas que permiten construir un juicio evaluativo que integra diversas fuentes. Para operativizar el trabajo, se dividió la metodología en dos unidades: la primera es lo que hemos llamado la *evaluación de efectos socio-económicos* de mediano plazo de los proyectos ejecutados en dos redes asistenciales de la Región Metropolitana, que corresponde propiamente a los solicitado en las bases técnicas de la consultoría; la segunda es la *evaluación de calidad del servicio*, y también contribuye a los solicitado en las bases.

3.1. Unidad de evaluación de efectos socio-económicos de mediano plazo de los proyectos ejecutados en dos redes asistenciales de la Región Metropolitana.

La metodología que se presenta continuación es la que se consideró al elaborar la propuesta técnica de esta consultoría. Debido a la falta de información que ya hemos adelantado, sufrió algunos cambios, pese a lo cual en lo sustantivo se mantuvo.

La metodología se presenta en relación con los diferentes productos y ámbitos en evaluación, señalando luego aspectos que son transversales y/o comprometen varios de estos ámbitos, o que sin estar expresamente incorporados en las bases, se consideran un aporte al tema en estudio.

3.1.1. Metodología para levantar la Línea base de la Red Asistencial sin hospital

El producto “línea base” reviste particular importancia, dada la extensión y diversidad de aspectos incluidos en esta evaluación, cada uno de los cuales requirió de instrumentos, herramientas y métodos de análisis propios.

Además, se trabajó en la reconstrucción de la línea base genérica de redes asistenciales, para lo cual se utilizó la herramienta de la Matriz de Marco Lógico, con la que fue posible identificar la Línea Base ideal para la evaluación ex post de redes asistenciales.

La metodología para levantar la línea base incluyó levantamiento de información en terreno y revisión de documentación de otras fuentes, tal como se detalla a continuación.

a) Levantamiento de Información en terreno

Se realizaron visitas y entrevistas indagatorias a los dos Servicios de Salud a los cuales pertenecen los hospitales en estudio, utilizando la pauta que se incluye como anexo de este mismo informe.

Se realizaron entrevistas a:

- Nivel hospitales: Directores y subdirectores de hospitales;
- Nivel Servicios de Salud: Jefes de APS; Subdirectores médicos; Jefes de inversiones de Servicios de Salud.
- Nivel Ministerio de Salud: profesional de inversiones de Minsal

Los principales objetivos de estas entrevistas fueron recoger información adicional sobre:

- Documentación existente pertinente a los aspectos de diseño y organización vigentes antes de la incorporación de los hospitales en estudio.
- Modelos de Control de la Gestión y uso de indicadores relativos al desempeño en la producción de los servicios o productos que pudieran ser de relevancia en dicha medición.
- Información financiera- presupuestaria de la red de salud, antes de la incorporación de los hospitales en estudio.
- Revisión de la referencia y contra referencia de cada red antes de la existencia de los establecimientos a estudiar.
- Establecimientos y actores relevantes a ser entrevistados.
- Diseño institucional antes de los proyectos de inversión.
- Cartera de servicios, nivel de complejidad de las prestaciones, antecedentes sobre el modelo clínico asistencial, gestión clínica, calidad en la atención a pacientes, población beneficiaria, entre otros.
- Determinación de costo total de la red, en prestaciones a definir, antes de la incorporación de los dos hospitales en estudio.
- Revisión de listas de espera en patologías necesarias resolver que respalden la incorporación de los hospitales a la red de cada Servicio de Salud (se recogerá de las entrevistas a Subdirectores médicos de Servicio de Salud y Directores de hospitales)

- Realizar análisis de involucrados, análisis de problemas y análisis del entorno antes de proyectos de inversión (se recogerá de entrevistas a Jefes de APS de Servicios de Salud).

b) Revisión de documentación de otras fuentes

Esta revisión incluyó documentación como la siguiente:

- Revisión de antecedentes Minsal que originaron la presentación del proyecto de construcción de los nuevos hospitales en las dos redes asistenciales en estudio (se recogerá de entrevista a profesional de inversiones de Minsal).
- Revisión de encuesta satisfacción usuaria de los establecimientos de cada red asistencial antes de la incorporación de los hospitales.
- Capacidad instalada (infraestructura, equipamiento, pabellones, camas, etc.) en los establecimientos de ambas redes asistenciales antes de la incorporación de los hospitales en estudio.
- Revisión de otras redes asistenciales que se veían afectadas por demanda adicional originada por usuarios de las dos redes asistenciales en estudio.
- Determinación de población potencial, objetivo y efectiva de cada red asistencial sin proyecto.

Como resultado de estas tareas y en base a la información validada obtenida **se elaboraron indicadores de Eficacia, Calidad, Economía y Eficiencia**, que dan cuenta de la situación ex ante de la incorporación de los establecimientos en estudio, y de la línea base determinada para las dos redes asistenciales, la cual se comparó, en una fase posterior del estudio, con la situación con proyecto en funcionamiento. Cada indicador fue discutido y aprobado por la contraparte técnica.

Se propuso utilizar fuentes de información válidas, tales como: INE, Población beneficiaria Fonasa, Sistema de información Gubernamentales como son Sistema de información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE); Registros Estadísticos Mensual (REM); Sistema de Recursos Humanos (SIRH), entre otros a determinar según su implementación en las redes asistenciales estudiadas como son sistemas de costeo (WINSIG), clasificación de pacientes según GRD.

Sin embargo, anticipando que sería difícil contar con toda la información necesaria para construir una línea base completa, se planteó una estrategia alternativa, que consideró recabar la información que se presenta en el siguiente cuadro.

Cuadro nº 1: Información modificada para preparar una línea base

- Datos de población beneficiaria de cada Servicio de Salud desde el año disponible, hasta el año 2012, realizando estimación de los periodos no encontrados, extrapolando datos de las series encontradas, corrigiéndolos según información de situación contextual recogida en entrevistas.
- Información estadística REM, de cada Servicio de Salud, desde el año disponible, hasta el año 2012, realizando estimación de los periodos no encontrados, extrapolando datos de las series encontradas, corrigiéndolos según información obtenida de capacidad instalada, según información a entregar por los entrevistados.
- Diagnóstico ex ante de la situación de prestaciones, listas de espera y centros de cada Servicio de Salud en el año de puesta en marcha de los proyectos.
- Diagrama de referencia y contra-referencia antes de proyectos.
- Datos financieros de los años más antiguos encontrados.
- Nº de camas, pabellones, servicios clínicos y box de atención en el año de puesta en marcha de los establecimientos.
- Costo real de los proyectos.
- Cartera de servicios de la red antes del proyecto, según información recogida en terreno, considerando como punto de partida aquella recogida más cercana al año de inicio del proyecto.
- Nivel de complejidad de las prestaciones obtenidas.
- Proyectos de pre-inversiones con RS de cada establecimiento. De no contarse con esta información no será posible realizar evaluación de corto plazo.

3.1.2. Metodología para analizar el proyecto de inversión que se incorpora en la red asistencial, al término de ejecución v/s proyecto recomendado (Evaluación corto plazo)

Los resultados del producto anterior fueron los insumos para visualizar con claridad los ejes sobre los cuales se definió la ejecución de los proyectos de inversión, estableciéndose mediante indicadores si la ejecución se efectuó de acuerdo a planificación, midiéndose cumplimiento de plazos, costos estimados y capacidad real útil instalada (Nº de camas, pabellones, servicios clínicos, etc.), comparando lo establecido en proyectos recomendados vs. lo efectivamente ejecutado. Se comparó además los tiempos estimados para el inicio de la marcha blanca con los tiempos reales, estableciendo causas de desviaciones y cómo esto pudiese haber afectado la efectividad de la incorporación de estos proyectos de inversión a las dos redes asistenciales en estudio.

3.1.3. Metodología para analizar el proyecto en operación y su efecto sobre la red asistencia (Evaluación mediano plazo)

En el diseño original de la consultoría, se proponía realizar una Matriz de Marco Lógico *para cada red asistencial*, estableciendo el FIN del proyecto; PROPÓSITO; definiendo COMPONENTES y ACTIVIDADES, y desarrollando indicadores de eficacia, calidad, economía y eficiencia en cada uno de los ámbitos de control que corresponda, esto es PROCESO, PRODUCTO, RESULTADO.

Sin embargo, en el transcurso del estudio y tras ajustar las expectativas sobre el producto con la contraparte, se desarrolló una **matriz genérica**, tarea que se llevó adelante utilizando como insumo, entre otros, entrevistas con las encargadas de Control de Gestión de los Servicios de Salud Sur Oriente y Occidente.

Cabe señalar que los términos de referencia también indicaban la necesidad de elaborar un **mapa geo referencial** que permitiera determinar visualmente la situación ex ante y compararla con la situación ex post de las redes en estudio. Este mapa también se incluye en el presente informe.

3.1.4. Metodología para analizar el modelo de Gestión de la Red con y sin hospital (evaluación mediano plazo)

En este punto el foco de análisis es el modelo de Gestión de las dos Redes Asistenciales y cómo se vio influido con la incorporación de un nuevo establecimiento. Se realizó una revisión de los modelos de gestión de cada nuevo hospital - en un caso, un establecimiento experimental, y en el otro, un EARS o Establecimiento de la red asistencial de Salud-. Esto es fundamental para poder entender luego la lógica de funcionamiento y los modelos de Gestión de las dos redes involucradas, pues el modelo particular de cada establecimiento influye en las dinámicas de la Red.

Para dar cuenta de este objetivo se propuso realizar el mismo procedimiento para el objetivo Nº 1, de manera de obtener antecedentes de la situación actual.

Como resultado de estas tareas se elaboraron **indicadores de Eficacia y Calidad, Economía y Eficiencia** en la actualidad (año 2012), que dan cuenta de la situación posterior a la incorporación de los establecimientos en estudio, para comparar esta situación con proyecto en funcionamiento vs. redes asistenciales al inicio o primera etapa de incorporación de los nuevos establecimientos.

3.1.5. Metodología para analizar los aspectos y variables relevantes a considerar en una metodología de formulación y evaluación ex ante de proyectos de hospitales, así como mejoras a los estándares del MINSAL.

Para dar respuesta a este objetivo, se propuso, una vez realizada la evaluación a ambos proyectos, determinar las fortalezas y debilidades de ambas incorporaciones a sus redes asistenciales y determinar causas, despejando de ellas las originadas en la formulación ex ante de los proyectos. En ese marco, los antecedentes considerados fueron:

- Determinación de población.
- Mecanismos de financiamiento.
- Entorno a realizar el proyecto.
- Estimaciones de crecimiento de población potencial y efectiva en relación a antecedentes epidemiológicos, considerando estudios de envejecimiento, carga de enfermedad, aumento de paciente con patologías crónicas no transmisibles.
- Consideración de otros modelos de gestión para dar respuesta a la demanda de Salud, como es compra a privados, concesiones.
- Revisión del diagnóstico de situación actual y proyectada considerando las variables, factores de riesgo, perfil de la población, tomando en cuenta el marco de referencia sanitario, y considerando que han existido proyectos que una vez ejecutados, no dan

respuesta a la demanda en cuanto a capacidad real instalada, un ejemplo de ello es la creciente necesidad de la existencia de camas críticas, camas socio-sanitarias, etc.

3.1.6. Metodología para analizar situación de salud de la población beneficiaria

Los establecimientos de salud tienen como objetivo final y primordial, mejorar la calidad de vida y condiciones de salud de la población asignada. Por tal razón, la metodología incluye una revisión para el período en estudio, de la situación de salud de la población beneficiaria de cada uno de los establecimientos. Se incluyen algunos aspectos críticos como tasas de producción por población usuaria tanto de prestaciones intermedias como finales trazadoras, análisis de brechas y listas de espera, entre otros. En este mismo contexto, se analizaron los Objetivos Sanitarios 2011-2020, que representan las metas en el ámbito sanitario que se ha fijado el Ministerio de Salud para la década. También se revisó la normativa legal que podía afectar favorablemente o dificultar el desempeño de los hospitales en estudio.

3.2. Unidad de evaluación de calidad del servicio

Esta unidad de trabajo evaluará la calidad del servicio desde la perspectiva de los usuarios. Para ello se utilizarán técnicas de análisis de información secundaria (análisis de encuestas de satisfacción usuaria), y cuantitativas (aplicación de encuestas).

En concreto, se propuso un diseño que incluyó la **aplicación de encuestas**, tarea que estuvo a cargo de la empresa GUERNICA, una de cuyas áreas de especialización es el Levantamiento de Datos. La empresa está a cargo de la socióloga María Pía Olivera, con 20 años de experiencia en el ámbito del monitoreo y evaluación de políticas públicas, la ejecución y evaluación de proyectos, los estudios de opinión pública, y las temáticas de intervención a nivel corporativo..

El diseño utilizado es el que se detalla a continuación.

3.2.1. Diseño Muestral

- **Universo de Estudio y Unidad de Análisis**

El **universo** de estudio está constituido por el total de pacientes de 16 años y más⁷, atendidos en los servicios de urgencia, internación y atención ambulatoria, durante el mes de diciembre del año 2013, en los Hospitales Padre Hurtado y Luis Tisné, según corresponda. La unidad de análisis, remite asimismo a la población de pacientes referida.

⁷ En el diseño original de la encuesta, el universo estaba constituido por el total de pacientes de 18 años y más. Sin embargo, tras la aplicación del pretest, se constató que era más pertinente bajar este límite a los 16 años, ya que en desde esta edad se detectaron madres adolescentes en hospitalización; y hermanos(as) a cargo de niños en atención pediátrica.

- **Distribución del Universo por tipo de Servicio**

El universo de la población atendida por los Hospitales Padre Hurtado y Tisné, tomando como referencia el año 2012, se distribuye a nivel de servicios del siguiente modo⁸:

Cuadro nº 2: Universo de población atendida por hospital

HOSPITAL	UNIDAD DE TIEMPO	SERVICIOS		
		URGENCIA	INTERNACIÓN: EGRESOS HOSPITALARIOS	AMBULATORIO
LUIS TISNÉ	Total 2012	36.976	17.908	85.979
	Promedio mensual	3.081	1.492	7.165
	Promedio mensual, %	26.2%	12.7%	61.0%
PADRE HURTADO	Total 2012	128.948	22.312	142.950
	Promedio mensual, N	10.745	1.859	11.918
	Promedio mensual, %	43.8%	7.6%	48.6%

- **Niveles de Estimación**

El nivel de estimación es a nivel de cada hospital en su conjunto.

El tamaño de la muestra **no permite generalizaciones a nivel de servicios**; aun cuando eventualmente podrá realizarse análisis a ese nivel sólo a modo de tendencias.

- **Tamaño Muestral**

Se determinó el tamaño de las muestras mediante la aplicación de la fórmula para el **muestreo aleatorio simple**. Considerando un universo de 4.573 y 24.517 pacientes atendidos durante el año 2012 en los Hospitales Tisné y Padre Hurtado respectivamente, con un nivel de confianza del 95% y un error de ± 5.2 5.0, se propuso la extracción de una muestra de **350 unidades para cada hospital**.

$$n = \frac{p \times q \times \frac{N}{N-1}}{\frac{e^2}{z_{\alpha/2}^2} + \frac{p \times q}{N-1}}$$

⁸ Fuentes: Los datos de Atención de Urgencias y Egresos Hospitalarios provienen del Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud:

http://intradeis.minsal.cl/intradeis/ATENCIONES_URGENCIA/Reportes/generador.aspx

http://intradeis.minsal.cl/reportesrem/2012/Menu_Tree_2012/Tree_2012.aspx

El dato de Atenciones Ambulatorias del Hospital Padre Hurtado corresponde al total de atenciones 2012 del Centro de Referencia de Salud que forma parte del Hospital. Dicha información fue entregada por la señora Sandra Pizarro, funcionaria del Departamento de Dirección del Hospital. La media mensual corresponde al promedio simple. El dato de Atenciones Ambulatorias del Tisné, corresponde al CRS Cordillera –adosado al mismo.

Siendo:

Ph y Qh = 0,5. Proporción de grupos en la población que tienen el atributo (varianza máxima del atributo, en tanto no se conoce el valor de la varianza).

Er = 5.2; Error relativo de la estimación.

Z $\alpha/2$ = Para un error $\alpha=0.05$ (implica que se atribuye un 95% de confianza a los resultados obtenidos), corresponde un $z\alpha/2=1.96$ en la tabla de distribución normal.

N = Universo.

- **Distribución Muestral**

La distribución de las muestras a nivel de servicios se hizo mediante **afijación proporcional**, con el objetivo de cautelar la representatividad del hospital a nivel del conjunto de atenciones:

Cuadro nº 3: DISTRIBUCIÓN POR SERVICIO DE LAS MUESTRAS

HOSPITAL	UNIDAD DE TIEMPO	URGENCIA		INTERNACIÓN: EGRESOS HOSPITALARIOS		AMBULATORIO		TOTAL
		UNIVERSO	MUESTRA	UNIVERSO	MUESTRA	UNIVERSO	MUESTRA	
LUIS TISNÉ	Promedio mensual, N	3.081	92	1.492	44	7.165	214	350
	Promedio mensual, %	26.2%		12.7%		61.0%		
PADRE HURTADO	Promedio mensual, N	10.745	153	1.859	27	11.913	170	350
	Promedio mensual, %	43.8%		7.6%		48.6%		
TOTALES			245		71		384	700

* Muestra Hospital Luis Tisné: error +/- 5.2, 95% de confianza.

** Muestra Hospital Alberto Hurtado: error +/- 5.2, 95% de confianza.

- **Tipo de Muestreo**

Muestreo probabilístico bietápico.

- De azar simple para la selección de días en el mes. Y
- Salto sistemático con arranque aleatorio para la selección final de pacientes, en función del orden de llegada.

Pérdidas

La propuesta contempló la pérdida de unidades muestrales, debida a distintas causales tales como el rechazo de los seleccionados o la imposibilidad de respuesta por razones de fuerza mayor (estado del paciente). Se contempló la cuantificación y caracterización de las pérdidas y rechazos (tasa de aceptación y rechazo; tasa de pérdida; causales de rechazo), y la reposición o reemplazamiento de las seleccionadas hasta arribar al tamaño muestral propuesto por servicio y hospital.

3.2.2. Técnica de Investigación e Instrumento

La técnica de investigación utilizada es el survey o encuesta social. Como instrumento de recolección de datos, se trabajó con un cuestionario especialmente elaborado, y derivado de instrumentos anteriormente aplicados por el Ministerio de Salud y en otros países, con el objeto de tener parámetros de comparación adecuados.

La modalidad de aplicación del instrumento fue cara a cara; correspondiendo al soporte 'lápiz y papel', y resguardando la confidencialidad y el anonimato de los pacientes entrevistados.

En términos de **estructura**, se aplicó **un solo cuestionario** a ambas muestras consideradas, y a los distintos servicios; con **módulos específicos y diferenciados** por servicio, al interior de un **cuerpo común dirigido a la totalidad de los pacientes atendidos**. El citado instrumento se encuentra en anexo.

- **Realización de Pre-Test**

A nivel de detalle, se entiende el pre-testeo como una replicación a pequeña escala de todas las actividades involucradas en el proyecto. Por lo tanto, en esta etapa se busca disponer de una definición de los procesos críticos relacionados con el levantamiento de información para la encuesta.

En lo efectivo, se aplicó una **prueba inicial 30 cuestionarios -15 por Hospital-, entre el martes 3 y el jueves 5 de junio**, ambos inclusive. Este proceso de pilotaje recogió información relativa no sólo al desempeño de los cuestionarios sino, de manera preferente, sobre al flujo de pacientes en los distintos servicios, según días y horarios. Además, durante este proceso se establecieron las vinculaciones con el personal de enfermería, atingentes para gestionar los permisos y colaboraciones diferenciales en cada servicio.

Los pre-testeadores sistematizaron su información en una planilla como la siguiente:

Cuadro nº 4: Planilla de pretest

IDENTIFICACIÓN CRITERIOS DE TESTEO	RESPUESTAS	CANTIDAD PORCENTAJE
PRETESTEADOR(A)		-----
ENCUESTAS-PRUEBA ASIGNADAS		100%
ENCUESTAS-PRUEBA LOGRADAS		
TASA DE ÉXITO (ESPERADA / LOGRADA)		
EMPLEADORES SELECCIONADAS (T)		100%
RECHAZOS (R)		R/T =
ENTREVISTAS INCOMPLETAS (I)		I/T =
TOTAL PÉRDIDAS		
RENDIMIENTO (LOGROS –L- / CASOS PRE-TESTEADOS)		L/T =
DURACIÓN PROMEDIO DE LAS ENCUESTAS-PRUEBA	1: _____ 2: _____ 3: _____ 4: _____ 5: _____ 6: _____	Minutos:

Se testearon también otros parámetros como los siguientes:

- Recepción al estudio: presentación, disposición de los sujetos, motivos de rechazo.
- El orden de las preguntas: sugerencias.
- El enunciado de las preguntas: problemas de comprensión, rechazo del entrevistado, etc.
- Las categorías de respuestas: categorías confusas o no excluyentes; faltantes; similares; difíciles de clasificar.
- Las indicaciones al encuestador: comprensión; indicaciones faltantes o confusas.
- Pertinencia del uso de tarjetas: identificación de tarjetas facilitadoras; identificación de tarjetas sin utilidad; requerimiento de nuevas tarjetas.
- Repetición de temas.
- Preguntas de difícil realización (incomodidad por parte del encuestador).
- Preguntas de difícil respuesta (incomodidad por parte del encuestado).
- Palabras, frases o indicaciones que los entrevistados no entendieron.
- Preguntas que se tuvo que leer más de una vez (requerimiento de explicación por parte del entrevistado).
- Observaciones.

Tras la realización de la encuesta piloto, además de la sistematización en las planillas ad hoc, se realizó una reunión de trabajo con los encuestadores que participaron en la misma, con el objetivo de detectar falencias en el orden de lo ya detallado.

Hallazgos del pretest

Durante la aplicación del pretest, al igual que durante la aplicación definitiva, la mayor dificultad radicó en el Hospital Padre Hurtado, debido a las características de su organización interna, y a la ausencia de un trabajo previo de detección y traspaso de información a los(as) interlocutores(as) adecuados; así como a la falta de sistematización de días y horarios pertinentes para la aplicación de encuestas.

Por el contrario, las características de organización de personal y aquellas de tipo físico del Hospital Tisné -un hospital marcadamente más moderno y con menor sobrecarga de trabajo-, incidieron positivamente en el éxito de la aplicación.

Además, se detectaron flujos de atención diferenciales por servicio, con directas consecuencias sobre la organización del trabajo de terreno. A modo de ejemplo, en el Hospital Padre Hurtado, el trabajo en “Hospitalización” sólo podía realizarse durante las mañanas, entre las 10.00 y las 14.00hs., previa consulta relativa a las “rondas médicas”; del mismo modo, la disponibilidad en la sala de “pre-alta”, se reducía a tres horas, entre las 11.00 y las 14.00hs; y la atención “Ambulatoria” se concentraba en las tardes y durante un corto período. Además, y en general, el flujo era lento e irregular, situaciones todas que impusieron desafíos para lograr la aplicación de la encuesta en la muestra seleccionada.

En relación al cuestionario, en términos generales funcionó bien, alcanzando los entrevistados una comprensión clara y unívoca en la mayoría de las preguntas, y mostrando ‘comodidad’ frente al tipo de consultas en asimismo en casi todos los casos.

No obstante, con una media situada en los 20 minutos (un mínimo de 15 y un máximo de 1 hora), la aplicación del instrumento se observó *marcadamente alta para un contexto de enfermedad, malestar, y –muchas veces- larga espera* previa a la atención, especialmente en el caso de “Urgencias”, donde las condiciones físicas de los potenciales entrevistados atentan contra la disposición a responder.

En consideración a lo anterior, y respondiendo también a problemas específicos planteados frente a algunas preguntas, como resultado del pre test se hicieron algunas modificaciones al cuestionario, cuya versión finalmente aplicada se presenta como anexo a este informe.

Finalmente, como resultado del pretest se decidió cambiar el límite inferior de edad contenido en la muestra, desde los 18 a los 16 años; edad en que comienza la atención en la modalidad ‘adulto’ o no pediátrica, ya que se detectó madres adolescentes en hospitalización; y hermanos(as) a cargo de niños en atención pediátrica.

3.2.3. Plan de Trabajo de Campo

- **Caracterización general**

La **consultora Guernica** tuvo a su cargo la **ejecución de todo el trabajo de campo**, el cual contempla desde el proceso de *generación de la muestra*, hasta *el procesamiento univariado, bivariado y multivariado de los resultados*. De este modo, el conjunto global de actividades a realizar, incluyó:

1. Revisar críticamente los **cuestionarios** previos, y elaborar una versión ad hoc para el estudio.
2. Elaborar un **instructivo para el trabajo de campo**.

3. **Capacitar a los encuestadores(as)** participantes en la recolección de la información.
4. **Aplicar** en terreno los **cuestionarios**.
5. **Revisar en oficina el 100%** de las encuestas realizadas, cautelando que los cuestionarios contengan la información en los términos que se solicita en cada uno de ellos.
6. **Supervisar**, para todos los encuestadores que participen del estudio, al menos el 20% de las encuestas realizadas (los porcentajes finales de supervisión generalmente superan ampliamente la proporción 'base' convenida en la propuesta).
7. **Construir una base de datos** con la información recogida mediante el cuestionario.
8. **Validar la base de datos** a través de la verificación de marginales, valores fuera de rango, y ejercicios de coherencia interna.
9. Elaborar un **Informe Final de Terreno y Procesamiento Estadístico**.

3.2.4. Caracterización de la muestra efectivamente lograda

Si bien originalmente se había planteado la aplicación del cuestionario en una muestra de 350 unidades para cada hospital, en la práctica, la **muestra efectivamente** encuestada distó levemente del diseño original, alcanzando 340 y 360 casos, para los hospitales Padre Hurtado y Luis Tisné, respectivamente, tal como se presenta en el siguiente cuadro.

Cuadro nº 5: MUESTRA EFECTIVAMENTE ENCUESTADA POR HOSPITAL

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Hospital Padre Hurtado	340	48,6	48,6	48,6
	Hospital Luis Tisné	360	51,4	51,4	100,0
	Total	700	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

A su vez, la distribución **según tipo de usuario** varió levemente respecto al diseño original que contemplaba 245 casos de urgencia, 71 casos hospitalizados y 384 ambulatorios, tal como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro nº 6: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN TIPO DE USUARIO

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Paciente Ambulatorio	244	34,9	34,9	34,9
	Paciente Hospitalizado	243	34,7	34,7	100,0
	Paciente Urgencia	213	30,4	30,4	65,3
	Total	700	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

Según **categoría de encuestado**, la distribución fue la siguiente:

Cuadro nº 7: DISTRIBUCIÓN SEGÚN CATEGORÍA DE ENCUESTADO

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Paciente	630	90,0	90,0	90,0
	Tutor (atención pediátrica)	70	10,0	10,0	100,0
	Total	700	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

Según **sexo**, la mayor parte de los entrevistados (86.4%) fueron del sexo femenino.

Cuadro nº 8: Sexo del entrevistado

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Masculino	95	13,6	13,6	13,6
	Femenino	605	86,4	86,4	100,0
	Total	700	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

Según **edad**, la media estuvo en los 42.7 años, y la mediana en los 40 años, siendo el mínimo un usuario de 15 años y el máximo uno de 80 años.

Cuadro nº 9: Edad del entrevistado

N	Válidos	680
	Perdidos	20
Media		42,72
Mediana		40,00
Desv. típ.		18,760
Mínimo		15
Máximo		87
Percentiles	25	26,00
	50	40,00
	75	59,00

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

Por su parte, según **intervalos de edad**, la mayor proporción de usuarios encuestados estuvo en el grupo de 18 a 29 años (29.7%), seguido por el grupo de 40 a 59 años (26.9%) y el de 60 años y más (24.1%)

Cuadro nº 10: Intervalos de edad

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	15 a 17 años	22	3,1	3,2	3,2
	18 a 29 años	202	28,9	29,7	32,9
	30 a 39 años	110	15,7	16,2	49,0
	40 a 59 años	183	26,1	26,9	75,9
	60 años y más	164	23,4	24,1	100,0
	Total	681	97,3	100,0	
Perdidos	Sin información	19	2,7		
Total		700	100,0		

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

En cuanto a la **comuna de residencia**, la mayor parte de los entrevistados proviene de Peñalolén (26,4%) y La Pintana (23.5%).

Cuadro nº 11: Comuna de residencia

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Fuera de la Región Metropolitana	2	0,3	0,3	0,3
	EL BOSQUE	2	0,3	0,3	0,6
	ESTACIÓN CENTRAL	1	0,1	0,1	0,7
	HUECHURABA	1	0,1	0,1	0,9
	LA FLORIDA	16	2,3	2,3	3,2
	LA GRANJA	90	12,9	12,9	16,1
	LA PINTANA	164	23,4	23,5	39,6
	LA REINA	6	0,9	0,9	40,5
	LAS CONDES	8	1,1	1,1	41,6
	LO BARNECHEA	12	1,7	1,7	43,3
	MACUL	80	11,4	11,5	54,8
	ÑUÑO A	25	3,6	3,6	58,4
	PEÑALOLÉN	184	26,3	26,4	84,8
	PROVIDENCIA	18	2,6	2,6	87,4
	PUDAHUEL	1	0,1	0,1	87,5
	RECOLETA	1	0,1	0,1	87,7
	RENCA	2	0,3	0,3	87,9
	SAN JOAQUÍN	2	0,3	0,3	88,2
	SAN MIGUEL	1	0,1	0,1	88,4
	SAN RAMÓN	68	9,7	9,8	98,1
	PUENTE ALTO	7	1,0	1,0	99,1
	COLINA	1	0,1	0,1	99,3
	TIL TIL	1	0,1	0,1	99,4
	SAN BERNARDO	4	0,6	0,6	100,0
	Total	697	99,6	100,0	
Perdidos	Sin información	3	0,4		
Total		700	100,0		

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

En relación a la **previsión**, el 95,9% de los encuestados pertenece a FONASA, dentro de la cual principalmente corresponden a la TRAMO A.

Cuadro nº 12: Previsión de los encuestados

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Fonasa - Tramo A	280	40,0	40,0	40,0
	Fonasa - Tramo B	184	26,3	26,3	66,3
	Fonasa - Tramo C	91	13,0	13,0	79,3
	Fonasa - Tramo D	86	12,3	12,3	91,6
	Fonasa – pero No Sabe Tramo	30	4,3	4,3	95,9
	ISAPRE	3	,4	,4	96,3
	PRAIS	7	1,0	1,0	97,3
	Otro	4	,6	,6	97,9
	No sabe	15	2,1	2,1	100,0
	Total	700	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

En relación al **nivel educacional**, un tercio de los encuestados han completado la enseñanza media (31.7%). Casi un 20% tiene algún nivel de enseñanza superior.

Cuadro nº 13: Último nivel de educación completado

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Sin estudios	6	0,9	0,9	0,9
	Enseñanza básica incompleta	122	17,4	17,5	18,4
	Enseñanza básica completa	83	11,9	11,9	30,3
	Enseñanza media incompleta	128	18,3	18,4	48,6
	Enseñanza media completa	222	31,7	31,9	80,5
	Enseñanza superior técnica completa	15	2,1	2,2	82,6
	Educación superior técnica incompleta	22	3,1	3,2	85,8
	Educación superior técnica completa	39	5,6	5,6	91,4
	Educación superior universitaria incompleta	36	5,1	5,2	96,6
	Educación superior universitaria completa	24	3,4	3,4	100,0
	Total	697	99,6	100,0	
Perdidos	No responde	3	0,4		
Total		700	100,0		

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

En relación a la **actividad desempeñada por los encuestados**, se observa que un tercio trabaja de manera permanente por un ingreso (33.1%) y otro tercio realiza quehaceres de su hogar (31.4%). Casi un 20% es jubilado, pensionado o rentista.

Cuadro nº 14: Actividad en la que los encuestados ocupan la mayor parte de su tiempo actualmente

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Trabaja de manera permanente por un ingreso	230	32,9	33,1	33,1
	Hace trabajos ocasionales (esporádicos o de temporada)	56	8,0	8,1	41,2
	Trabaja para un familiar sin pago	4	,6	,6	41,7
	Estudia	34	4,9	4,9	46,6
	Está cesante y busca trabajo	20	2,9	2,9	49,5
	Realiza quehaceres de su hogar	218	31,1	31,4	80,9
	Es jubilado, pensionado o rentista	133	19,0	19,1	100,0
	Total	695	99,3	100,0	
Perdidos	No responde	5	0,7		
Total		700	100,0		

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

De manera agregada, se observa que la **condición de actividad** prevalente es la de inactivo (55.4%), seguida por la activo (41.7%).

Cuadro nº 15: Condición de actividad de los encuestados

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Ocupado	290	41,4	41,7	41,7
	Desocupado	20	2,9	2,9	44,6
	Inactivo	385	55,0	55,4	100,0
	Total	695	99,3	100,0	
Perdidos	No responde	5	0,7		
Total		700	100,0		

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

Entre los ocupados, la mayor parte es trabajador asalariado (64.1%), y un cuarto es trabajador por cuenta propia o independiente (25.5%).

Cuadro nº 16: Tipo de trabajador ocupado

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Trabajador asalariado	186	26,6	64,1	64,1
	Trabajador de servicio doméstico	16	2,3	5,5	69,7
	Empleador, empresario o patrón	9	1,3	3,1	72,8
	Trabajador por cuenta propia o independiente	74	10,6	25,5	98,3
	Familiar no remunerado	4	,6	1,4	99,7
	Otro	1	,1	,3	100,0
	Total	290	41,4	100,0	

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

Respecto a la **etnia**, se observa que la mayor parte señala no pertenecer a ningún pueblo (88.7%). Entre quienes sí lo declaran, la mayor parte es mapuche (9.1%).

Cuadro nº 17: Pertenencia o descendencia de grupo étnico

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Aymará	2	0,3	0,3	0,3
	Quechua	3	0,4	0,4	0,7
	Mapuche	63	9,0	9,1	9,8
	Kawésqar (Alacalufes)	1	0,1	0,1	10,0
	Diaguita	1	0,1	0,1	10,1
	Otro	8	1,1	1,2	11,3
	No pertenece a ningún pueblo	615	87,9	88,7	100,0
	Total	693	99,0	100,0	
Perdidos	No responde	7	1,0		
Total		700	100,0		

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

En relación al **nivel de ingresos**, casi la mitad de los encuestados declaran que su *ingreso personal promedio al mes* es inferior a \$90 mil (45.8%).

Cuadro nº 18: Rango de ingreso personal PROMEDIO al MES

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Menos de \$90.000	311	44,4	45,8	45,8
	Entre \$90.000 y \$120.000	84	12,0	12,4	58,2
	Entre \$120.001 y \$200.000	105	15,0	15,5	73,6
	Entre \$200.001 y \$350.000	122	17,4	18,0	91,6
	Entre \$350.001 y \$600.000	46	6,6	6,8	98,4
	Entre \$600.001 y \$1.000.000	7	1,0	1,0	99,4
	Entre \$1.000.001 y \$1.600.000	2	,3	,3	99,7
	No Sabe	2	,3	,3	100,0
	Total	679	97,0	100,0	
Perdidos	No Responde	21	3,0		
Total		700	100,0		

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

En el mismo tema, los encuestados declaran que el **ingreso promedio mensual de sus hogares** es, en casi un tercio de los casos, entre \$200.001 y \$350.000 (34.1%).

Cuadro nº 19: Rango de ingreso del hogar PROMEDIO al MES

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Menos de \$90.000	30	4,3	4,6	4,6
	Entre \$90.000 y \$120.000	53	7,6	8,0	12,6
	Entre \$120.001 y \$200.000	129	18,4	19,6	32,2
	Entre \$200.001 y \$350.000	225	32,1	34,1	66,3
	Entre \$350.001 y \$600.000	135	19,3	20,5	86,8
	Entre \$600.001 y \$1.000.000	45	6,4	6,8	93,6
	Entre \$1.000.001 y \$1.600.000	11	1,6	1,7	95,3
	Entre \$1.600.001 y \$2.000.000	1	,1	,2	95,4
	No Sabe	30	4,3	4,6	100,0
	Total	659	94,1	100,0	
Perdidos	No Responde	41	5,9		
Total		700	100,0		

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

Por otra parte, en relación al **nivel de educación del principal sostenedor(a) del hogar**, casi la mitad de los encuestados tienen su educación escolar incompleta (47.8%), y en casi un tercio de los casos tienen educación media completa (31.2%).

Cuadro nº 20: Nivel de educación del principal sostenedor(a) del hogar

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Básica incompleta o menos	119	17,0	17,7	17,7
	Básica completa	98	14,0	14,6	32,2
	Media incompleta	105	15,0	15,6	47,8
	Media completa	210	30,0	31,2	79,0
	Media técnica incompleta	4	,6	,6	79,6
	Media técnica completa	12	1,7	1,8	81,4
	Superior técnica incompleta	14	2,0	2,1	83,5
	Superior técnica completa	48	6,9	7,1	90,6
	Universitaria incompleta	14	2,0	2,1	92,7
	Universitaria completa	42	6,0	6,2	99,0
	Post-grado	1	,1	,1	99,1
	No sabe	6	,9	,9	100,0
	Total	673	96,1	100,0	
Perdidos	No responde	27	3,9		
Total		700	100,0		

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

Finalmente, en relación a la **actividad económica o profesión del principal sostenedor de los hogares de los encuestados**, se observa que la mitad se distribuye entre las categorías Obrero calificado, capataz, microempresario (27.2%) y Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato (23.8%), mientras un 19.3% corresponde a Jubilado(a)s y montepiado(a)s, y el 17.7% a Empleados administrativos, vendedores, secretarias, jefes de sección, técnicos o profesionales técnicos.

Cuadro nº 21: Actividad económica o profesión del principal sostenedor del hogar

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	Trabajos menores ocasionales e informales	36	5,1	5,2	5,2
	Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato	164	23,4	23,8	29,0
	Obrero calificado, capataz, microempresario	188	26,9	27,2	56,2
	Empleado administrativo, vendedor, secretaria, jefe de sección, técnico, profesional técnicas	124	17,7	18,0	74,2
	Ejecutivo medio; profesional independiente carreras tradicionales	21	3,0	3,0	77,2
	Alto ejecutivo; directores grandes empresas; empresario, profesionales de prestigio	1	,1	,1	77,4
	Jubilado(a) / montepiado(a)	133	19,0	19,3	96,7
	Otro	22	3,1	3,2	99,9
	No sabe	1	,1	,1	100,0
	Total	690	98,6	100,0	
Perdidos	No responde	10	1,4		
Total		700	100,0		

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

IV. SITUACIÓN EX ANTE

1. Antecedentes de los proyectos en estudio

1.1. Origen de los proyectos que son materia del estudio

En la década de los años 90, el Ministerio de Salud realizó en alianza con Banco Mundial el proyecto **“Metodología de evaluación del Proyecto HSRP (Health Sector Reform Project)”**⁹. Este proyecto de reforma al sector Salud, planteó entre otros aspectos, la necesidad de identificar y cuantificar los beneficios y costos de los proyectos de infraestructura y equipamiento, indicando que los beneficios de dichos proyectos deben ser para los usuarios del sistema, en el sentido de mejoras en la cantidad y calidad de las atenciones, en búsqueda de generar “ahorros de vidas”, esto es, que a través del aumento de la cobertura los grupos de población de bajos ingresos y sin acceso a las atenciones, éstos obtengan beneficios que generen disminución en la mortalidad. Los proyectos de infraestructura y equipamiento en salud deben generar un efecto distributivo en el ingreso y acceso.

En el proyecto Minsal- Banco Mundial especificado anteriormente, se señalan entre otros, dos Servicios de Salud:

1. Servicio de Salud Oriente, uno de cuyos proyectos es la creación y construcción del Hospital de Ñuñoa con un CRS adosado, cuyo objetivo era cubrir la atención materna y médico quirúrgica más prevalente, cuyo costo de construcción correspondía aproximadamente a MM\$ 4.092 y con un equipamiento por MM\$ 999¹⁰. Este proyecto finalmente se concretó con modificaciones de ubicación y objetivo -principalmente para atenciones maternas- en la comuna de Peñalolén, esto por un posterior estudio de red y readecuación de derivaciones, pasando a conformar el Proyecto de construcción del **Hospital Dr. Luis Tisné**.
2. Servicio de Salud Sur Oriente, una de cuyas necesidades era la construcción del Hospital San Ramón, a ubicarse en la comuna del mismo nombre y que atendería a la población beneficiaria del sector Sur Oriente de Santiago, con el objetivo de absorber el 30% de la demanda al año 2000 del Servicio de Salud, en atenciones secundarias y en los programas Infantil, de la Mujer y Adulto. Se estimaba que las atenciones al año 2000 debiesen ser: Atención cerrada: 25.765 egresos. Atención Abierta: 182.953 atenciones¹¹. El costo de construcción estimado sería de MM \$7.443, con un equipamiento de MM\$ 10.029¹². Este proyecto finalmente se concretó con el nombre de **Hospital Padre Hurtado**.

El presente documento tiene como propósito mostrar, con la información disponible a la fecha, cómo ha sido el comportamiento de los Servicios de Salud Sur Oriente y Oriente con la

⁹ Proyecto Minsal- Banco Mundial año 1992.

¹⁰ Pesos del año 1992.

¹¹ 19.045 egresos; 167.960 consultas. Estimaciones corregidas del proyecto en el año 1994.

¹² Valores año 1992. proyecto Minsal- Banco Mundial.

incorporación de un nuevo establecimiento, el Hospital Padre Hurtado y Luis Tisné respectivamente, de modo de visualizar cambios en las respectivas redes asistenciales. Es por ello que si bien se explicitan ambos establecimientos, la evaluación se centra en los Servicios de Salud, tanto antes de contar con el establecimiento como posterior a su incorporación. Es totalmente cierto que *no todos los cambios* obedecen al solo efecto de la incorporación del establecimiento en estudio, por lo cual en el caso de la Producción de actividades, en la mayoría de los casos se desglosa por cada uno de los establecimientos de la Red, de manera de visualizar de mejor manera el efecto descrito.

Los aspectos considerados en la evaluación son específicamente tres:

1. Población Total y Beneficiaria¹³ por comunas, con el objetivo de dar un marco de referencia acerca de la dimensión y alcance de cada Servicio de Salud.
2. Producción de cada Servicio de Salud y la participación de cada establecimiento de la Red en dicha actividad.
3. Situación Presupuestaria y financiera del Servicio de Salud y el establecimiento en estudio.

Estos tres aspectos son evaluados en dos momentos del tiempo: *antes* de la construcción del establecimiento en específico y *después*, es decir, cuando éste ya se encuentra en operación. Además se revisan las normativas bajo las cuales funciona cada establecimiento y se muestran los modelos de gestión que cada Red desarrolla, considerando que a nivel de Ministerio de Salud existe una metodología de desarrollo de Gestión Hospitalaria en Red.

1.2. Los Hospitales Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse y Padre Hurtado

La construcción del **Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse** se inició el 27 de septiembre del año 1999, finalizando el 05 de abril del año 2002. Con 20.000 m² de construcción requirió de un financiamiento para infraestructura de m\$ 7.814.352 y m\$ 5.324.706 para equipamiento. Inició su funcionamiento el 20 de agosto de 2002, con el Servicio de Gineco-Obstetricia, Servicio de Neonatología, UCI Adulto, Pabellones y Recuperación, Anatomía Patológica, Medicina Transfusional, Sedile, Pensionado Gineco-Obstétrico y las Unidades Administrativas. El Servicio de Gineco-Obstetricia y el Servicio de Neonatología se trasladaron completamente desde el Hospital del Salvador con el objetivo de acercar a los usuarios la oferta de salud en esas especialidades, para los usuarios del Sector Oriente de la Región Metropolitana. En el segundo semestre del año 2003 se incorporó el Servicio Médico-Quirúrgico del Adulto, Intermedio Médico Quirúrgico y Pensionado General. En segundo trimestre del año 2004 inició sus actividades la Unidad de Emergencia Referida del Adulto y en junio se amplió el Servicio Médico Quirúrgico del Adulto y el Intermedio Médico Quirúrgico¹⁴.

Por su parte, el **Hospital Padre Hurtado** se comenzó a construir en diciembre de 1995. El hospital fue inaugurado el 9 de noviembre de 1998, iniciando su atención el 16 de ese mismo mes, con Maternidad, Ginecología y Recién Nacido, más todos los servicios de apoyo clínico, administrativo e industrial necesarios.

¹³ Población FONASA.

¹⁴ Fuente: http://www.hsorient.cl/historia_y_ubicacion.html

Previamente se había definido que este nuevo centro hospitalario – el primero de su tipo construido después de tres décadas en la capital- estaría orientado hacia el usuario, mediante un modelo de gestión que permitiera cumplir con este objetivo. Esa prioridad se plasmó también en el diseño arquitectónico, el equipamiento adquirido y las instalaciones.

Debido a que el hospital era completamente nuevo, su puesta en marcha fue gradual. A la Unidad de la Mujer y Recién Nacido se sumó en mayo de 1999, la atención pediátrica, y en noviembre, la atención para pacientes adultos. Con los años, progresivamente se han ido sumando más servicios y especialidades; incorporando tecnología para una atención de calidad; e introduciendo formas de gestión que permitan mejorar la eficiencia y eficacia¹⁵.

1.3. Hipótesis respecto a los problemas que la construcción y puesta en marcha de ambos hospitales buscan responder

El origen del **Hospital Santiago Oriente** se remonta al día 28 de diciembre de 1993, año en que la maternidad del Hospital del Salvador entró en colapso. Debido a esto, el Ministerio de Salud prometió un nuevo recinto hospitalario para la zona oriente, que se concretó 6 años después, cuando en 1999 comenzó a construirse el Hospital Santiago Oriente. En estos términos, *se puede señalar como hipótesis que su construcción responde a un problema de falta de infraestructura que permitiera dar cuenta de la cobertura de atención del nivel terciario de salud del área geográfica correspondiente al Servicio de Salud Metropolitano Oriente.*

En el caso del **Hospital Padre Hurtado**, éste surge como producto de un proceso histórico más largo que comienza a mediados de los años 60, cuando los vecinos de la antigua comuna de La Granja, plantearon la construcción de un hospital para cubrir las necesidades de asistencia sanitaria. En esos años, La Granja estaba formada por poblaciones que en 1984 serían divididas en tres comunas: La Granja, La Pintana y San Ramón, las mismas a las cuales debe atender hoy el Hospital Padre Hurtado.

Los habitantes de esta zona aumentaron como resultado de los programas habitacionales conocidos como operación sitio, mediante los cuales el Estado les proporcionaba los terrenos y ellos debían construir sus viviendas. Además, en lo que ahora es La Pintana, se desarrollaron experiencias de cooperativismo, para la explotación agrícola de las tierras.

En febrero de 1986 se definió el terreno en el cual sería construido el futuro hospital. Durante todo el tiempo transcurrido antes de la definición del lugar y desde ahí en adelante, los dirigentes sociales se movilizaron para demandar la pronta construcción del hospital. Pero sólo en 1991, cuando las nuevas autoridades estaban recién haciéndose cargo del gobierno, se dio inicio al proceso de diseño del Hospital, que comenzó a construirse en 1995. En estos términos, *a modo de hipótesis, puede señalarse que el Hospital responde a una demanda social histórica de los habitantes del área Sur Oriente de Santiago, que requerían de un establecimiento que respondiera a las necesidades de salud de los habitantes de las actuales comunas de La Granja, San Ramón y La Pintana.*

¹⁵ Fuente: <http://www.hurtadohosp.cl/somos/historia.html>

1.4. El concepto de atención de calidad en salud¹⁶

La calidad de la atención en salud es un concepto reconocido en la literatura por su multidimensionalidad. En términos generales, la OMS (2006) sugiere que “una definición de calidad necesita tomar una perspectiva del sistema de salud como un todo y reflejar preocupación por los resultados obtenidos, tanto por los usuarios de los servicios como por las comunidades enteras”. Un sistema de salud debería perseguir mejorar las dimensiones de calidad de Acceso, Eficiencia, Seguridad, Efectividad, Aceptabilidad y centro en el paciente, y Equidad.

La relación entre la calidad de la atención y los resultados en salud ha sido ampliamente documentada. El mejoramiento de estas dimensiones de calidad tendría efectos en las grandes metas sanitarias, como la reducción de la mortalidad, morbilidad, y desigualdades en salud.

Básicamente, se entiende por calidad la entrega de una atención de salud oportuna, provista por profesionales calificados y contando con los recursos apropiados a las necesidades en salud (acceso oportuno), en la que se minimizan los riesgos y posibles daños a los pacientes (segura). Se cuidará que la atención entregada sea basada en la evidencia médica existente y, por lo tanto, se traduzca en un mejoramiento de los resultados en salud tanto de los individuos como de las comunidades (efectividad), maximizando el uso de los recursos disponibles (uso racional o eficiencia) y tomando en cuenta las preferencias y expectativas de dichos individuos y comunidades (satisfacción usuaria). Adicionalmente, se considera que esta atención es equitativa, es decir, no es diferencial debido a características individuales como raza, género, localización geográfica, nivel socioeconómico, etnia, etc.

2. Levantamiento de línea base

Una de las tareas de la presente consultoría fue reconstruir el marco lógico de las redes de salud analizadas. El sentido de este ejercicio fue contar con un “marco ideal” para el análisis, asumiendo que los dos proyectos analizados –hospitales Luis Tisné y Padre Hurtado- no fueron formulados utilizando esta metodología.

Al respecto, cabe señalar que en el contexto político y de toma de decisiones en el cual dichos proyectos se plantean, no se incluía el uso de herramientas como el marco lógico., de modo que las medidas tomadas obedecían a una lógica distinta a la que opera hoy. Así, a la hora de formular proyectos, las decisiones políticas tenían un peso distinto, frente a los factores técnicos, que el que tienen actualmente. Ello no significa que hoy las decisiones no sean también políticas, sino más bien que los antecedentes técnicos que hoy las acompañan son mucho más ricos.

Planteado lo anterior, en este capítulo se plantea el marco lógico “ideal” para una red asistencial, luego de lo cual se presenta un cuadro con los indicadores efectivamente analizados en esta consultoría.

¹⁶ Ver “OE ACCESO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD”, en www.minsal.gob.cl/portal/url/item/94b4fba0bd1c1eae04001011f01261d.pdf

2.1. Matriz de marco lógico

La Metodología de Marco Lógico es una herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Su énfasis está centrado en la orientación por objetivos, la orientación hacia grupos beneficiarios y el facilitar la participación y la comunicación entre las partes interesadas.¹⁷

Puede utilizarse en todas las etapas del proyecto: En la identificación y valoración de actividades que encajen en el marco de los programas país, en la preparación del diseño de los proyectos de manera sistemática y lógica, en la valoración del diseño de los proyectos, en la implementación de los proyectos aprobados y en el Monitoreo, revisión y evaluación del progreso y desempeño de los proyectos¹⁸.

Para este estudio, la matriz de marco lógico ha sido elaborada en base a conversaciones con la contraparte y con los servicios, buscando constituirse en un aporte para futuros procesos de formulación, evaluación y planificación. En consecuencia, y si bien incluye algunos de los indicadores considerados en este estudio ex post, *es importante señalar que la matriz construida responde al ideal de información. Para este estudio, los indicadores evaluados solo corresponden a parte de esta matriz, dada la escasez de información disponible sobre la pre inversión de los proyectos y sus redes asistenciales, obteniendo como resultado los indicadores señalados en el Cuadro nº 23: Indicadores analizados para Red en la consultoría*¹⁹.

¹⁷ CEPAL, 2005. Manuales. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Serie 42.

¹⁸ CEPAL, 2005. Manuales. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Serie 42.

¹⁹ También es importante indicar que no es posible, en el marco de este estudio, indicar cuáles serían las fuentes de información para cada medio de verificación señalado. Ello implicaría chequear con cada servicio cuál es el registro que efectivamente tiene la información que permite construir cada indicador, pues, según reportan los mismos servicios, el sistema de registro ha ido cambiando

Cuadro nº 22
MATRIZ DE MARCO LÓGICO DE LA RED ASISTENCIAL

OBJETIVOS	INDICADORES			MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS	
	(Dimensión/Ámbito de Control)	Enunciado	Fórmula de Cálculo			
FIN Contribuir a mejorar la situación de salud de la población asignada a la Red						
PROPÓSITO Mejorar acceso, oportunidad y resolución en atención de Salud a la población asignada a la Red	1. Eficacia	1.1 Indicador de cobertura	% de personas atendidas por la RAS	(Total de personas atendidas por la RAS ²⁰ en el año X / Total de la población beneficiaria ²¹ de la RAS en el X) *100	- REM - Medición ex ante de la ejecución del proyecto y ex post a su funcionamiento regular	- No existen eventos catastróficos que alteren el curso normal de la RAS.
		1.2. Indicador de resolutivez ²²	Variación porcentual de prestaciones ²³	{Total de prestaciones en el año X} – (Total de prestaciones en el año X – 1) / Total de prestaciones en el año X – 1}	- DEIS - REM Mediciones anuales ex ante de la ejecución del proyecto y ex post con el proyecto en ejecución	
			% de PU derivadas ²⁴	(Total de personas derivadas por nivel de atención en el año X / Total de la PU año X) * 100	- Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA) - REM Mediciones anuales ex ante de la ejecución del proyecto y ex post con el proyecto en ejecución	

²⁰ Las personas atendidas en cualquiera de las modalidades de atención primaria, secundaria o terciaria se constituyen como la población usuaria (PU) de la Red Asistencial de Salud (RAS)

²¹ La población beneficiaria corresponde inscrita y validada por FONASA asignada por territorialidad y servicios que presta a la RAS.

²² La resolutivez es entendida como la capacidad de la RAS de responder a las necesidades de salud de sus usuarios, a través de sus prestaciones y derivaciones.

²³ Se refiere a las prestaciones totales asociadas a la RAS y diferenciada por las consultas médicas, urgencias, controles, actividades de apoyo diagnóstico, ingresos, egresos hospitalarios, partos, intervenciones quirúrgicas y días de estada.

²⁴ Las derivaciones (interconsultas, etc.) son mecanismos de coordinación interno de la RAS que buscan dar respuesta o resolver la necesidad de salud del usuario/a de acuerdo a los distintos servicios con los que cuenta la RAS.

OBJETIVOS	INDICADORES			MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	(Dimensión/Ámbito de Control)	Enunciado	Fórmula de Cálculo		
		1.3 Indicador de procesos	% de referencias pertinentes desde el nivel de atención primario en salud (APS) a especialidades	(Total pacientes referidos de manera pertinente desde APS en el año X / Total de pacientes referidos desde APS en el año X)*100	- Registro informático de pacientes referenciados a la atención de especialidades - Registro propio de pertinencia Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando este ya se encuentre en funcionamiento.
		1.4 Indicador de resultado intermedio	% de Garantías GES cumplidas respecto de las generadas ²⁵	(Total de garantías GES cumplidas en el año X / Total de garantías GES generadas en el año X) * 100	- Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud (SIGGES) - Sistema de almacenamiento de datos estadísticos Datamart Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando este ya se encuentre en funcionamiento.
	2. Eficiencia	2.1. Costo anual de la gestión de la RAS	Variación porcentual del costo anual de la gestión de la RAS	$\left\{ \frac{\text{Total de costo anual de la gestión de la RAS el año X} - (\text{Total del costo anual de la gestión de la RAS X} - 1)}{\text{Total del costo anual de la Gestión de la RAS en el año X} - 1} \right\}$	- SIGFE - Registros del Depto. De control y gestión de los servicios de salud. Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya se encuentra en funcionamiento.
					Disponibilidad de recursos financieros, humanos y de producción necesarios para la entrega de los servicios a nivel primario, secundario y terciario.

²⁵ De acuerdo a los indicadores de desempeño 2014 comprometidos por la Subsecretaría de Redes del MISAL el total de garantías GES generadas en el año X corresponde al total de garantías activadas de las cuales es factible tipificarlas como: cumplidas, incumplidas con evento, exceptuadas dentro de plazo, retrasadas y exceptuadas fuera de plazo. El número de garantías GES cumplidas en el año X corresponden al total de garantías activadas en el año X que se tipifican como cumplidas, incumplidas con evento y exceptuadas dentro de plazo. El Universo de garantías a considerar se determina a partir de la fecha límite de cumplimiento, la que debe ser coincidente con el año X. Respecto de las garantías retrasadas y en complemento con lo anterior, no sólo se considerarán las generadas en el año X sino que se suman igualmente las acumuladas de periodos anteriores. No se incluirán las garantías nombradas como "no definido".

OBJETIVOS	INDICADORES				MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	(Dimensión/Ámbito de Control)		Enunciado	Fórmula de Cálculo		
		2.2 Capacidad de atención de la dotación de RRHH médico efectiva de acuerdo al tipo de contrato.	% de personas atendidas en relación a la dotación de RR.HH médico efectiva por tipo de contrato	(Total de personas atendidas en la RAS / Total de la dotación de RR.HH médico por tipo de contrato) * 100	- Registros del Depto. De control y gestión de los servicios de salud. Medición ex ante de la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto esté en funcionamiento	
	3. Economía	3.1 Ejecución presupuestaria de la RAS	% del presupuesto ejecutado de la RAS	(Total gasto ejecutado por la RAS en el año X/ Total de presupuesto asignado a la Ras en el año X)*100	- Sistema de información para la gestión financiera del Estado (SIGFE) - Sistema de gestión y presupuesto municipal para el caso de la atención primaria. - Registros del Depto. De control y gestión de los servicios de salud. Medición ex ante y ex post a la ejecución del proyecto.	Disponibilidad de recursos financieros, humanos y de producción.
		3.2 Nivel de deuda por tipo de establecimiento	% de deuda anual por tipo de establecimiento	(Gasto Pagado por tipo de establecimiento en el año X/ Gasto devengado por tipo de establecimiento en el año X) *100	- SIGFE - Registros del Depto. De control y gestión de los servicios de salud. Medición ex ante de la ejecución del proyecto y ex post con el proyecto en funcionamiento.	La ejecución presupuestaria se realiza conforme lo planificado.
	4. Calidad	4.1 Grado de Satisfacción usuaria	% de población usuaria que declaran altos niveles de satisfacción con la atención	(Total de población usuaria que declaran alto nivel de satisfacción con la atención en el año X/ Total de la población usuaria encuestada en el año X) * 100	- Encuesta anual de satisfacción usuaria con la atención en la RAS Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	- Interés en contestar la encuesta y consideraciones para su aplicación que no arroje resultados sesgados. - Libre acceso de la población usuaria al libro de reclamos
			% de reclamos por nivel de atención	(Total de reclamos por nivel de atención en el año X / Total de reclamos en el año X)	- REM Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	

OBJETIVOS	INDICADORES			MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS	
	(Dimensión/Ámbito de Control)	Enunciado	Fórmula de Cálculo			
		4.2 Indicador de oportunidad	% de usuarios/as atendidas en lista de espera para consultas de especialidad	(Total usuarios/as atendidos de la RAS inscritos en lista de espera para consultas de especialidad en el año X / Total de PU inscrita en la lista de espera para consultas de especialidad en el X) *100	- Registro Estadístico Mensual (REM) del Servicio de salud correspondiente - SIDRA Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	Se cuenta con los recursos humanos y financieros para la atención oportuna de la Red Asistencial.
			% de PU atendida inscrita en lista de espera para la realización de intervenciones quirúrgicas	(Total PU inscrita en lista de espera para la realización de intervenciones quirúrgicas atendida en el año X / Total de PU inscrita en la lista de espera para la realización de intervenciones quirúrgicas en el X) *100	- Registro Estadístico Mensual (REM) del Servicio de salud correspondiente - SIDRA Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	

COMPONENTE 1						
Entrega de servicios de Atención Primaria a la población asignada a la Red						
OBJETIVOS	INDICADORES			MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS	
	(Dimensión/ Ámbito de Control)	Enunciado	Fórmula de Cálculo			
Consultorios generales urbanos, rurales, y de especialidad	1. Eficacia	1.1 Indicador de Cobertura	% de personas atendidas	(Total de personas atendidas en el año X / Total de población beneficiaria en el año X) * 100	- DEIS - REM - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	No existen eventos catastróficos que alteren el funcionamiento de la Atención Primaria.
		1.2 Indicador de cobertura por programa	% de personas atendidas por programa	(Total de personas atendidas por programa / Total de la población beneficiaria ²⁶ del programa consultorio) * 100		
		1.3 Indicador de resolutividad	Variación porcentual de consultas y controles	{{(Total de consultas y controles en el año X) – (Total de consultas y controles en el año X – 1) / Total consultas y controles en el año X – 1}}	- DEIS - REM - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
			Variación porcentual de consultas médicas	{{(Total de consultas médicas en el año X) – (Total de consultas médicas en el año X – 1) / Total consultas médicas en el año X – 1}}	- DEIS - REM - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
			Variación porcentual de consultas no médicas	{{(Total de consultas no médicas en el año X) – (Total de consultas no médicas en el año X – 1) / Total consultas no médicas en el año X – 1}}	- DEIS - REM - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
			Variación porcentual de controles	{{(Total de controles en el año X) – (Total de controles en el año X – 1) / Total de controles en el año X – 1}}	- DEIS - REM - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto está en funcionamiento.	

²⁶ Cobertura por programa infantil, adolescente, de la mujer, adultos y adultos mayores desagregados por sexo.

COMPONENTE 1						
Entrega de servicios de Atención Primaria a la población asignada a la Red						
OBJETIVOS	INDICADORES				MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	(Dimensión/ Ámbito de Control)		Enunciado	Fórmula de Cálculo		
			% de derivaciones a los servicios de atención secundaria y terciaria	(Total de derivaciones a los servicios secundario y terciario en el año X / total de derivaciones en el año X)*100	- DEIS - REM - SIDRA - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
	2. Eficiencia	2.1 Costo unitario de las consultas médicas y controles	Costo unitario de las consultas médicas y controles	(Total del gasto operacionales de las consultas y controles en el año X / Total de consultas médicas y controles en el año X) * 100	- SIGFE - DEIS - SIDRA - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	Recursos humanos y financieros disponibles para el funcionamiento de los centros de atención primaria.
		2.2 Dotación anual efectiva del RRHH	% de dotación efectiva del RRHH	(Total del RRHH efectivo en el año X/ Total del RRHH autorizado en el año X) * 100	- Sistema de registro administrativo y financiero de las municipalidades - SIGFE - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
	3. Economía	3.1 Ejecución presupuestaria de los establecimientos de atención primaria en el año X	% del presupuesto ejecutado de los establecimientos de atención primaria en el año X	(Total gasto ejecutado en el año X/ Total de presupuesto asignado en el año X)*100	- Sistema de información para la gestión financiera del Estado (SIGFE) - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	Disponibilidad de recursos financieros, humanos y de producción por parte de los establecimientos de atención primaria.

COMPONENTE 1						
Entrega de servicios de Atención Primaria a la población asignada a la Red						
OBJETIVOS	INDICADORES				MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	(Dimensión/ Ámbito de Control)		Enunciado	Fórmula de Cálculo		
	4. Calidad	4.1. Grado de Satisfacción usuaria	% de población usuaria que declaran altos niveles de satisfacción con la atención primaria	(Total de población usuaria que declaran alto nivel de satisfacción con la atención en el año X/ Total de la población usuaria encuestada en el año X) * 100	- Encuesta anual de satisfacción usuaria con la atención en la APS - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	- Interés en contestar la encuesta de satisfacción y consideraciones para su aplicación que no arroje resultados sesgados. - Libre acceso de la población usuaria al libro de reclamos
			% de reclamos en la APS por programa	(Total de reclamos en la APS por programa en el año X / Total de reclamos en la APS en el año X)	- REM - Registro de reclamos OIRS - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
			4.2 Fortalecimiento de un modelo familiar y comunitario en la APS	% de avances en la certificación de los Centros de Salud Familiar (CESFAM)	(Total de CESFAM que en su certificación aumenta de nivel en el año X/ N° de CESFAM certificados en el año X)*100	- DEIS de la APS - Registros Municipales de procesos administrativos - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento.
Servicio de Atención Primaria de Urgencias (SAPU), postas urbanas y rurales	1. Eficacia	1.1 Indicador de acceso/coertura	% de personas atendidas por tipo de establecimiento	(Total de personas atendidas por tipo de establecimiento en el año X / Total de la población beneficiaria por tipo de establecimiento en el año X) *100	- REM - SIDRA - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento.	- Los servicios de urgencia tienen acceso expedito
		1.2 Indicador de resolutividad	Variación porcentual de las consultas de urgencias	{{(Total de consultas de urgencia el año X) – (Total de consultas de urgencia en el año X – 1) / Total consultas de urgencias en el año X - 1}	- REM - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento.	- El correcto funcionamiento de la RAS se mantiene estable en el tiempo.

COMPONENTE 1						
Entrega de servicios de Atención Primaria a la población asignada a la Red						
OBJETIVOS	INDICADORES				MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	(Dimensión/ Ámbito de Control)		Enunciado	Fórmula de Cálculo		
			% de derivaciones a los servicios de atención hospitalaria	(Total de derivaciones a los servicios de atención hospitalario en el año X / total de derivaciones en el año X)*100	- DEIS - REM - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento.	
	2. Eficiencia	2.1 Costo por atención de urgencias	Costo de la atención de urgencias por tipo de establecimiento	(Total de gastos operacionales por atención de urgencias de acuerdo al tipo de establecimiento en el año X / Total de atenciones de urgencias por tipo de establecimiento en el año X)*100	- SGFE - DEIS - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento.	Disponibilidad de recursos de producción y financieros necesarios
		2.2 Productividad de las horas médicas	% de consultas médicas contratadas	(Total de consultas médicas efectuadas en el año X/ N° horas médicas disponibles en el año X)*100	- REM - Sistema de registro administrativo - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento.	
	3. Economía	3.1 Ejecución presupuestaria de los establecimientos de atención de urgencia	% del presupuesto ejecutado de los establecimientos de atención de urgencia	(Total gasto ejecutado por tipo de establecimiento en el año X/ Total de presupuesto asignado por tipo de establecimiento en el año X)*100	- SIGFE - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento.	Disponibilidad completa del presupuesto asignado para el año X
	4. Calidad	4.1 Satisfacción Usuaria	% de población usuaria que declaran altos niveles de satisf. con la atención de urgencias	(Total de población usuaria que declaran alto nivel de satisfacción con la atención de urgencias en el año X/ Total de la población usuaria de urgencias encuestada en el año X) * 100	- Encuesta anual de satisfacción usuaria con la atención en la APS - Medición ex ante y ex post	- Interés en contestar la encuesta de satisfacción y consideraciones para su aplicación que no arroje resultados sesgados.

COMPONENTE 1						
Entrega de servicios de Atención Primaria a la población asignada a la Red						
OBJETIVOS	INDICADORES				MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	(Dimensión/ Ámbito de Control)		Enunciado	Fórmula de Cálculo		
			Promedio del tiempo de espera por tipo de establecimiento	Total del tiempo de espera en el año X/total de atenciones de urgencia en el año X	- REM - DEIS - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	- Libre acceso de la población usuaria al libro de reclamos
			% de reclamos	(Total de reclamos en la atención de urgencias en el año X / Total de reclamos en la atención de urgencias en el año X)	- REM - Registro de reclamos OIRS - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
Actividades: - Reuniones de planificación - Programación para la entrega de los servicios - Utilización de los sistemas de gestión - Reuniones de coordinación internas en cada establecimiento - Ejecución presupuestaria - Utilización de la infraestructura y mobiliario - Capacitaciones						

COMPONENTE 2						
Entrega de servicios de Atención Secundaria a la población asignada a la Red						
OBJETIVOS	INDICADORES				MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	(Dimensión/ Ámbito de Control)		Enunciado	Fórmula de Cálculo		
Consultorios de especialidades, Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT), Centro de Referencia de Salud (CRS)	1.Eficacia	1.1. Indicador de cobertura	% de personas atendidas del total derivaciones desde APS y Centros Hospitalarios	(Total de personas atendidas por tipo de establecimiento en el año X / Total de personas derivadas desde la APS y centros hospitalarios)*100	- SIDRA - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	- Las personas derivadas cuentan con información clara y completa sobre el curso de la atención - Funcionamiento correcto del sistema de derivaciones al interno de la RAS
		1.2. Indicador de resolutivez	Variación porcentual de las actividades de apoyo diagnóstico realizadas	{{(Total de actividades de apoyo diagnóstico en el año X) – (Total de actividades de apoyo diagnóstico en el año X – 1) / Total consultas de urgencias en el año X - 1}}	- REM - SIDRA - DEIS - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
		1.3. Indicador de ejecución	% de cumplimiento de las actividades programadas	(Total de actividades de apoyo diagnóstico realizadas en el año X / Total de actividades de apoyo diagnóstico programadas en el año X) * 100	- REM - SIDRA - DEIS - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
	2. Eficiencia	2.1 Costo de las actividades de apoyo diagnóstico	Costo unitario por actividad de apoyo diagnóstico por tipo	(Total del gasto operacional por tipo de actividad de apoyo diagnóstico en el año X / Total de actividades de apoyo diagnóstico realizadas) * 100	- SIGFE - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	Disponibilidad completa del presupuesto asignado
	3. Economía	3.1 Ejecución presupuestaria	% del presupuesto ejecutado por tipo de establecimiento secundario de atención	(Total gasto ejecutado por tipo de establecimiento secundario de atención en el año X/ Total de presupuesto asignado por tipo de establecimiento secundario en el año X)*100	- SIGFE - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	

COMPONENTE 2						
Entrega de servicios de Atención Secundaria a la población asignada a la Red						
OBJETIVOS	INDICADORES			MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS	
	(Dimensión/ Ámbito de Control)	Enunciado	Fórmula de Cálculo			
	4. Calidad	4.1. Grado de Satisfacción Usuaría	% de personas atendidas que declaran altos niveles de satisfacción con las atenciones de nivel secundario	(Total de población usuaria que declaran alto nivel de satisfacción con la atención de nivel secundario en el año X/ Total de la población usuaria de nivel secundario encuestada en el año X) * 100	- Encuesta anual de satisfacción usuaria con la atención en la secundaria. - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	- Interés en responder encuesta de satisfacción y aplicación que reduzca los sesgos. - Funcionamiento de la RAS se mantiene estable en el tiempo
		4.2. Tiempo de espera entre derivación y atención efectiva	Promedio de días de espera entre la derivación y la atención	$(\sum(\text{fecha de atención} - \text{fecha de derivación}) \text{ en el año X} / \text{Total de atenciones en el año X}) * 100$	- SIDRA - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
		4.3. Indicador de calidad/ producto	Porcentaje de pacientes operados con lista de chequeo para seguridad de la cirugía aplicada respecto del total de pacientes operados año X	$((\text{Total de pacientes operados con lista de chequeo para seguridad de la cirugía aplicada en el año X} / \text{Nº total de pacientes operados en año X}) * 100$	- Informes estadísticos REM o registros especiales - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	- Correcto funcionamiento de la RAS
Actividades: - Reuniones de coordinación - Ejecución presupuestaria - Realización y ejecución de convenios - Mantenición de la infraestructura - Capacitaciones - Planificación del recurso humano y financiero						

COMPONENTE 3						
Entrega de servicios de Atención Terciaria a la población asignada a la Red						
OBJETIVOS	INDICADORES				MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	(Dimensión/ Ámbito de Control)		Enunciado	Fórmula de Cálculo		
Centros hospitalarios de Alta Complejidad e Institutos de Salud	1. Eficacia	1.1 Indicador de cobertura	% de personas atendidas	(Total de personas atendidas en el año X / Total de personas beneficiarias en el año X) * 100	- REM - SIDRA - DEIS Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	Los centros hospitalarios se encuentran con acceso expedito.
		1.2. Indicador de resultado	Tasa de mortalidad por tipo de establecimiento	(Total de personas fallecidas por tipo de establecimiento en el año X / Total de usuarios de los centros de atención terciaria en el año X) * 100	- REM - SIDRA - DEIS Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
			Dotación de camas	(Total de camas disponibles de la RAS en el año/ Total de la población beneficiaria en el año X) * 100	- Sistema de información de la Unidad Centralizada de Gestión de Camas (UCGCC) - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
			% de casos sociosanitarios hospitalizados	(Total de casos sociosanitarios hospitalizados en el año X / Total de hospitalizados en el año X) * 100	- UCGCC - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
			Total de camas disponibles para casos sociosanitarios	Número de camas disponibles para casos sociosanitarios en el año x	- UCGCC - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	-

COMPONENTE 3						
Entrega de servicios de Atención Terciaria a la población asignada a la Red						
OBJETIVOS	INDICADORES			MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS	
	(Dimensión/ Ámbito de Control)	Enunciado	Fórmula de Cálculo			
		1.3. Indicador de producto	Promedio de días de estada de hospitalización de pacientes en el extra sistema derivados desde urgencias	(Total de días de hospitalización de pacientes derivados vía urgencia en el extrasistema / Total de pacientes derivados vía urgencia al extrasistema)	- Sistema de información de la Unidad Centralizada de Gestión de Camas (UCGCC) - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
			Promedio de partos diarios	(total de partos diarios en el año X / Total de pacientes parturientas en el año X) * 100	- REM - SIDRA - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	-
			% Partos normales y cesáreas	(Total de partos diferenciados por normales y cesáreas en el año X / Total de partos en el año X) * 100	- REM - SIDRA - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	-
			% de egresos hospitalarios por caso ²⁷	(Total de egresos hospitalarios por caso en el año X / Total de egresos hospitalarios en el año X) * 100	- UGCC - Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento.	-

²⁷ En el futuro se propone considerar la agrupación de egresos por tipo de Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD), en la medida que se avance hacia dicha tipificación y existan registros disponibles para su comparación anual.

COMPONENTE 3						
Entrega de servicios de Atención Terciaria a la población asignada a la Red						
OBJETIVOS	INDICADORES			MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS	
	(Dimensión/ Ámbito de Control)		Enunciado	Fórmula de Cálculo		
			% Intervenciones Quirúrgicas de alta complejidad	(Total de intervenciones quirúrgicas de alta complejidad en el año X / Total de intervenciones quirúrgicas en el año X) * 100	- SIDRA - REM Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	-
	2. Eficiencia	2.1 Indicador de resultado	Variación promedio de días de estada	Promedio de días de estada en el año X –Promedio de días de estada en el año X-1	- UGCC - SIDRA Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
			Costo unitario de producción	Gasto total de operación en el año X / Total de transferencias e ingresos propios en el año X	- SIGFE Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
	3. Economía	3.1. Nivel de deuda por tipo de establecimiento	% de deuda anual por tipo de establecimiento	(Gasto pagado por tipo de establecimiento en el año X / Gasto devengado por tipo de establecimiento en el año X) * 100	- SIGFE Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	Disponibilidad de recursos financieros, humanos y de producción.
		3.2 Ejecución presupuestaria	% del presupuesto ejecutado	(Total del presupuesto ejecutado en el año X / total del presupuesto asignado en el año X) * 100	- SIGFE Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
	4. Calidad	4.1 Satisfacción usuaria	Grado de satisfacción usuaria con el servicio recibido	(Total de pacientes que se declaran altamente satisfechos en el año X / Total de pacientes encuestados en el año X) * 100	- Encuesta de satisfacción usuaria Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	Interés en responder la encuesta y condiciones de aplicación que aseguren minimizar los sesgos.

COMPONENTE 3						
Entrega de servicios de Atención Terciaria a la población asignada a la Red						
OBJETIVOS	INDICADORES				MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	(Dimensión/ Ámbito de Control)		Enunciado	Fórmula de Cálculo		
		4.2 Espera por cama para hospitalización	% de personas que esperan más de 12 horas en urgencia, para ingresar a una cama hospitalaria	(Nº de pacientes que esperan camas por más de 12 horas en UEH ene l año X/ Total de pacientes que esperan cama en UEHen el año X) * 100	- UGCC Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	Correcta coordinación entre nivel de atención de urgencias y hospitalización
		4.3 IAS y eventos adversos intrahospitalarios	% de IAS	(Total de pacientes hospitalizados que presentan IAS en el año X / Total de pacientes hospitalizados en el año X)*100	- DEIS - Registros hospitalarios Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	Protocolos de seguridad vigentes y dotación del RR.HH de acuerdo al estándar para la prevención de contagios de infecciones intrahospitalarias y eventos adversos.
			% de eventos adversos	(Total de pacientes hospitalizados que presentan eventos adversos en el año X / Total de pacientes hospitalizados en el año X)*100	- DEIS - Registros hospitalarios Medición ex ante a la ejecución del proyecto y ex post cuando el proyecto ya está en funcionamiento	
Actividades: - Generación de convenios - Reuniones de coordinación internas - Ejecución presupuestaria - Capacitaciones - Mantenión de la infraestructura - Llamados a concurso para completar dotación profesional						

COMPONENTE 4					
Prestaciones de servicios en la Atención Privada a la población asignada a la Red					
OBJETIVOS	INDICADORES			MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	(Dimensión/ Ámbito de Control)	Enunciado	Fórmula de Cálculo		
Resolutividad		% Ocupación de camas extra sistema	(Total de pacientes hospitalizados derivados a clínicas privadas (extra red)/ Total de pacientes hospitalizados en el año X) * 100		- Convenios de derivación al extra sistema vigentes La compra de servicios en el sistema privado se realiza cuando la RAS y la macro red no logran dar respuesta a la necesidad
		% Intervenciones quirúrgicas complejas efectuadas en el sistema privado	(Total de intervenciones quirúrgicas efectuadas en el sistema privado en el año X / Total de intervenciones quirúrgicas efectuadas en el año X) * 100		
		Tratamientos de alta complejidad efectuados en el sistema privado	Total de tratamientos de alta complejidad efectuados en el sistema privado en el año		

2.2. Matriz de indicadores analizados en la consultoría

La siguiente tabla indica de qué manera es posible ordenar los indicadores efectivamente utilizados en esta evaluación ex post, en la lógica de la Matriz de Marco Lógico. Se debe recordar que esta matriz no ha sido utilizada como instrumento de evaluación, por lo cual, tanto objetivos como indicadores se han ordenado de manera posterior, y no son producto de la secuencia lógica de la evaluación.

Cuadro n° 23: Indicadores analizados para Red en la consultoría

OBJETIVOS	INDICADORES			FUENTE DE INFORMACIÓN
	(Dimensión/Ámbito de Control)	Enunciado	Fórmula de Cálculo	
FIN				
Contribuir a mejorar la situación de salud de la población asignada a la Red				
PROPÓSITO Mejorar acceso, oportunidad y resolución en atención de Salud a la población asignada a la Red	Eficacia	Tasa de nacidos vivos	(Total Nacidos vivos/ población asignada) *1000	DEIS - INE
		Índice de Mortalidad	(Total de fallecidos / población total asignada)*1000	DEIS
		Cobertura	Total de paciente del programa atendido** / total de población beneficiaria de programa	DEIS
		Accesibilidad	Población atendida / población beneficiaria	DEIS
		Producción total de la Red Asistencial	Consultas Totales	DEIS
			Consultas Urgencia	DEIS
			Intervenciones Quirúrgicas Totales	DEIS
			Partos	DEIS
		Egresos hospitalarios	(Total de egresos / población beneficiaria) *1000	DEIS
		Variación promedio de días de estada	(días de estada ex ante- días de estada ex post)	DEIS
		Tasa de consultas	Total de consultas/ total de población beneficiaria	DEIS
		Unidades de salud disponibles	Nº de establecimientos de Salud en cada nivel de atención.	DEIS
		Dotación de camas en nivel terciario	(Total de camas disponibles de la red / total población beneficiaria)*1000	DEIS
		Intervalo de sustitución	Camas disponibles / total de egresos	DEIS
Índice de rotación	Total de egresos de la red / total de camas reales de la red.	DEIS		

OBJETIVOS	INDICADORES			FUENTE DE INFORMACIÓN
	(Dimensión/Ámbito de Control)	Enunciado	Fórmula de Cálculo	
	Eficiencia	Indicador a nivel Servicio: Costo Per cápita anual	Gasto total operacional (años 2001 y 2012 ²⁸) / población beneficiaria	SIGFE - DEIS
		Indicador a Nivel Hospital: Costo Per cápita anual	Gasto total operacional (años 2006 y 2012 ²⁹) / población beneficiaria	SIGFE - DEIS
		Porcentaje de Variación del costo de producción	Indicador a Nivel Servicio Salud: [Gasto total de operación en t / total de transferencias e ingresos propios en t] - [Gasto total de operación en t-1 / total de transferencias e ingresos propios en t-1] /[Gasto total de operación en t-1] *100	SIGFE
	Economía	Ejecución Presupuestaria	(gasto ejecutado / presupuesto asignado)*100	SIGFE
			(Ingreso ejecutado / presupuesto asignado)*100	SIGFE
		Variación de presupuesto	[(Presupuesto tiempo t – presupuesto tiempo t-1) / presupuesto en tiempo t-1]*100	SIGFE
		Mecanismos de financiamiento	(Ingresos x transferencias en t / total de ingresos en t)	SIGFE
			(Ingresos Propios en t / total de ingresos en t)	SIGFE
	Costos de Administración	Gasto en sub. 22 / gasto total operacional	SIGFE	
	Variación del gasto operacional	(Gasto en t- Gasto en t-1) / Gasto en t-1	SIGFE	
COMPONENTE 3				
Entrega de servicios de Atención Terciaria a la población asignada a la Red				
Centros hospitalarios de Alta Complejidad e Institutos de Salud en funcionamiento.	Eficiencia	Costo unitario de producción	Gasto total de operación en t / total de transferencias e ingresos propios en t	SIGFE
		Porcentaje de Variación del costo de producción	Indicador a Nivel Hospital: [Gasto total de operación en t / total de transferencias e ingresos propios en t] - [Gasto total de operación en t-1 / total de transferencias e ingresos propios en t-1] /[Gasto total de operación en t-1] *100	SIGFE
	Economía	Nivel de deuda	(Gasto Pagado/ gasto devengado) *100	SIGFE
		Variación porcentual en Recuperación de ingresos propios	[Ingresos percibidos en t / ingresos devengados en t] - Ingresos percibidos en t-1 / ingresos devengados en t-1] / (Ingresos percibidos en t-1 / ingresos devengados en t-1) * 100	SIGFE

²⁸ Para el SSMSO los años de comparación corresponden a 2000 y 2012.

²⁹ Para el SSMSO los años de comparación corresponden a 2002 y 2012.

3. Situación Ex Ante de las Redes Asistenciales

La gestión de las redes asistenciales en esta fase era bastante más precaria de lo que es hoy. Si bien ha sido siempre un tema considerado relevante para la gestión de pacientes dentro de la red asistencial por parte de las autoridades centrales (nivel MINSAL) como a nivel de los Servicios de Salud y de sus establecimientos, las situaciones que atentaban con una mejor gestión eran múltiples. Entre ellas cabe destacar:

- La **falta de una instancia o unidad formal responsable de la gestión de los pacientes dentro de la red** con criterios homogéneos y normados para todo el sistema. Esto se daba tanto a nivel de los Servicios de Salud como de los establecimientos.
- Lo anterior acarreaba como consecuencia, la **falta de coordinación entre los diferentes actores**, existiendo en general iniciativas locales que no lograban dicha coordinación a niveles adecuados.
- La **falta de mecanismos o sistemas que facilitaran** por una parte **una mejor identificación de la demanda** y, por otro lado, de la **oferta disponible** dentro de la red local y supra local.
- **Carencia de sistemas informatizados homogéneos** dentro de las redes que permitieran la gestión de la derivación.

3.1. Situación Ex ante Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

La red asistencial de este servicio de salud, en la fase ex ante del proyecto Hospital Padre Hurtado estaba constituida por un **número de establecimientos significativamente menor a la actual**, en los tres niveles de atención, concentrando su actividad de los niveles secundario y terciario sólo en los Hospitales Sotero del Río y San José de Maipo.

Siendo Puente Alto y La Florida las comunas con mayor número de habitantes a nivel nacional y con un crecimiento explosivo en las últimas dos décadas, la capacidad de oferta de esta red se vio francamente limitada, con importante desmedro en indicadores como el número de camas por habitante.

La mayor parte de los pacientes beneficiarios debían ser atendidos en los dos hospitales mencionados, lo cual generaba una importante **demora en la atención y listas de espera**. Las **áreas más críticas** por tener la mayor brecha entre demanda y oferta estaban en subespecialidades falentes como **traumatología, dermatología, otorrinolaringología, oftalmología y psiquiatría**, así como en **procedimientos quirúrgicos electivos**.

La **atención de urgencia**, que se concentraba en el Hospital Sotero del Río y en menor grado en algunos SAPU a nivel primario, tenía **niveles muy altos de insatisfacción** por parte de los usuarios frente a una oferta limitada que era sobrepasada por la demanda.

De esta forma, la gestión de referencia y contra-referencia era sólo entre la APS y estos dos hospitales y luego desde éstos a centros de referencia nacional, constituidos principalmente por los Institutos que son parte de la red del SSMSO.

Antes de la existencia del Hospital Padre Hurtado, no existían antecedentes efectivamente medidos sobre listas de espera, pero se determinaron necesidades no cubiertas en dos especialidades concretas como son Traumatología y Neurocirugía, las cuales fueron consideradas para el nuevo proyecto.³⁰

En los antecedentes que se levantaron al realizar la detección de necesidades para la incorporación de un nuevo establecimiento a la red del SSMSO, se determinó que aproximadamente un 20% de la demanda que correspondía ser resuelta en la red, en especial en el Hospital Sótero del Río, se auto derivaba a establecimientos de otras redes, como al antiguo Hospital El Pino, el Hospital Barros Luco- Trudeau (ambos del Servicio de Salud Metropolitano Sur) y el Hospital San Borja Arriarán (Servicio de Salud Metropolitano Central).³¹

En los años 1995- 1998, la población sur poniente del SSMSO, presentaba diferencias sustantivas en el perfil etario de sus integrantes, es así como La Granja y San Ramón presentaban una población mayoritariamente adulta (pirámide engrosada en la parte central), la comuna de La Pintana presentaba una población distribuida en una forma de pirámide tradicional (base más engrosada disminuyendo gradualmente hacia el extremo superior).

La definición inicial antes de la incorporación del Hospital Padre Hurtado³², es que este establecimiento resolviera demanda directa de las comunas asignadas y no fuese un establecimiento que atendiese al rebalse generado por el Hospital Base Dr. Sótero del Río. El resultado real de esta definición se evaluará en un capítulo posterior.

a) Descripción de la Red

La red correspondiente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, para el 1995-1997, se organizaba de la siguiente manera:

- **Consultorios Adosados:** Hospital Dr. Sótero del Río, Hospital San José de Maipo, Centro Referencia Salud.
- **Consultorios Generales Urbanos:** Cons. Alejandro del Río, Cons. San Gerónimo, Cons. Los Castaños, Cons. Bellavista, Cons. Villa O'Higgins, Cons. Los Quillayes, Cons. Maffioletti, Cons. La Granja, Cons. La Bandera, Cons. San Ramón, Cons. San Rafael, Cons. Pablo de Rokha, Cons. Stgo. Nueva Extremadura, Cons. Santo Tomás, Cons. Flor Fernandez (Carita).
- **Consultorios Rurales:** Cons. Pirque, Cons. Vista Hermosa.

³⁰ Entrevista Director SSMSO año 1998

³¹ Entrevista Director Hospital Padre Hurtado Dr. Ernesto Behnke.

³² Entrevista Director Hospital Padre Hurtado

- **Postas Rurales:** Posta La Obra, Posta El Volcán, Posta Puntilla, Posta San Juan, Posta Santa Rita, Posta Los Arcaya, Posta El Principal, Posta Las Perdices.

A su vez, la distribución de dicha Red por comuna era la siguiente:

Cuadro nº 24: Distribución de la Red Sur Oriente por comuna

Comuna	Establecimiento de Atención Primaria
Pirque	Consultorio Pirque Postas rurales Pirque
Puente Alto	Consultorio Alejandro del Río Consultorio San Gerónimo Consultorio Vista Hermosa
La Florida	Consultorio Los Castaños Consultorio Bellavista Consultorio Villa O' Higgins Consultorio Los Quillayes Consultorio Maffioletti Posta Las Perdices
La Pintana	Consultorio San Rafael Consultorio Pablo de Rokha Consultorio Santiago Nueva Extremadura Consultorio Santo Tomás Consultorio Flor Fernández (Caritas)
La Granja	Consultorio La Granja
San Ramón	Consultorio La Bandera Consultorio San Ramón

Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

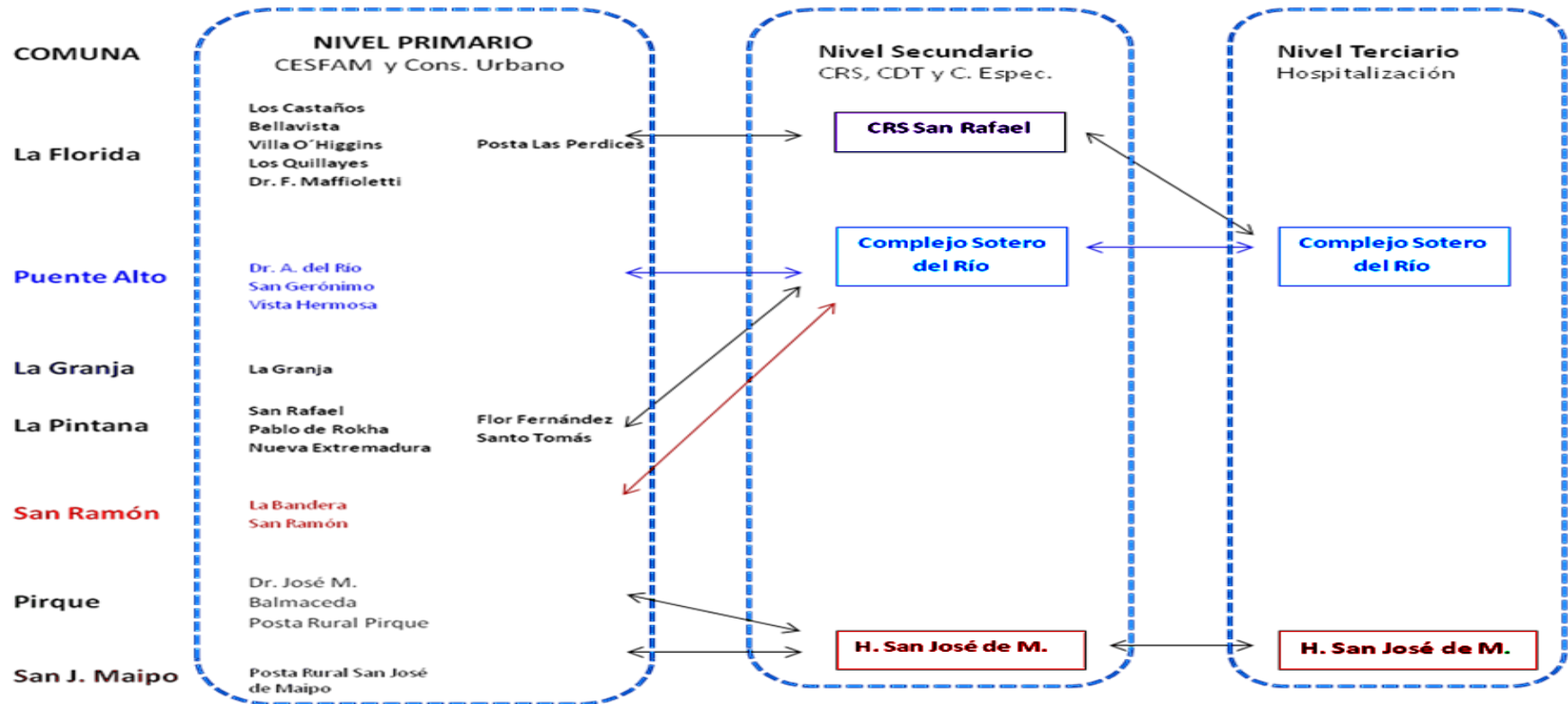
Los **establecimientos de la red de mayor complejidad** en los años 1995 a 1999 fueron el Sanatorio San José de Maipo y Hospital Dr. Sótero de Río, ubicados en las comunas de San José de Maipo y Puente Alto, respectivamente.

Respecto del **número de atenciones de la red** a nivel primario, controles y consultas médicas por programa, éste ascendía a 1.123.078 atenciones considerando atención del Niño, de la Mujer, del adulto y de Urgencia.

Las siguientes ilustraciones grafican las referencias y contra-referencias de la Red Electiva y de Urgencia SSMSO en el período ex ante. Ambas muestran que los establecimientos de nivel terciario referencian al nivel secundario para control post hospitalización, y que este segundo nivel contra referencia al nivel primario.

Ilustración 1:³³

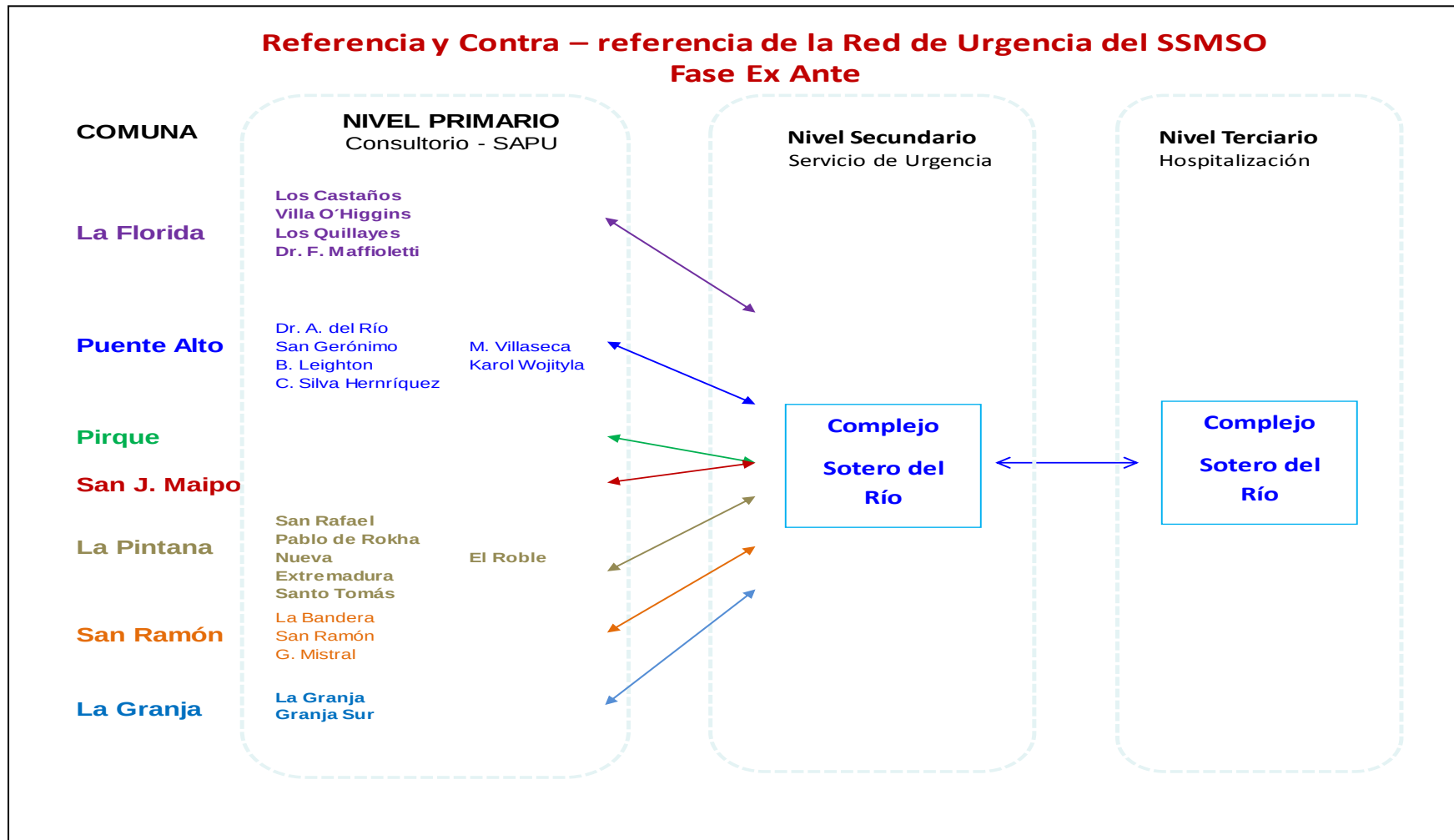
Referencia y Contra – referencia de la Red Electiva del SSMSO Fase Ex Ante



Fuente: Elaboración propia.

³³ Para efectos de mejor comprensión de la ilustración no se colocan las postas.

Ilustración 2:

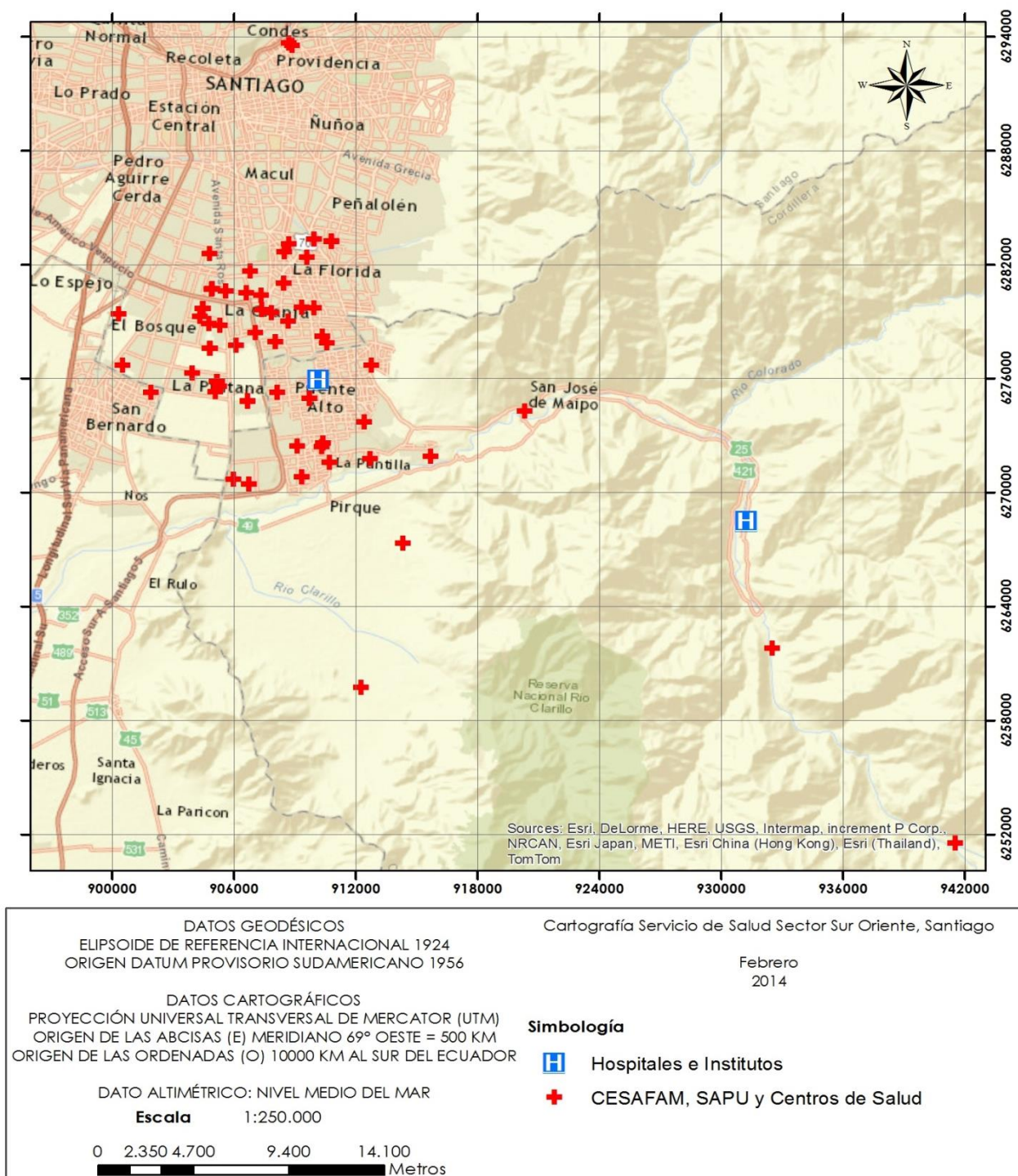


Fuente: Elaboración propia

b) Área de Influencia del SSMSO

La siguiente ilustración grafica los establecimientos de APS de la Red del SSMSO y su derivación al Hospital Base.

Ilustración 3: Situación Ex Ante de los Centros de Salud Sector Sur Oriente, Santiago



Antecedentes Demográficos del Área de Influencia

La estimación de la **población total** del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, al 30 de junio de 1995 ascendía a 1.086.026, con siete comunas bajo su área de influencia. Como se aprecia en el siguiente gráfico su evolución ha sido positiva, alcanzando a 1.268.153 habitantes a junio de 1998.

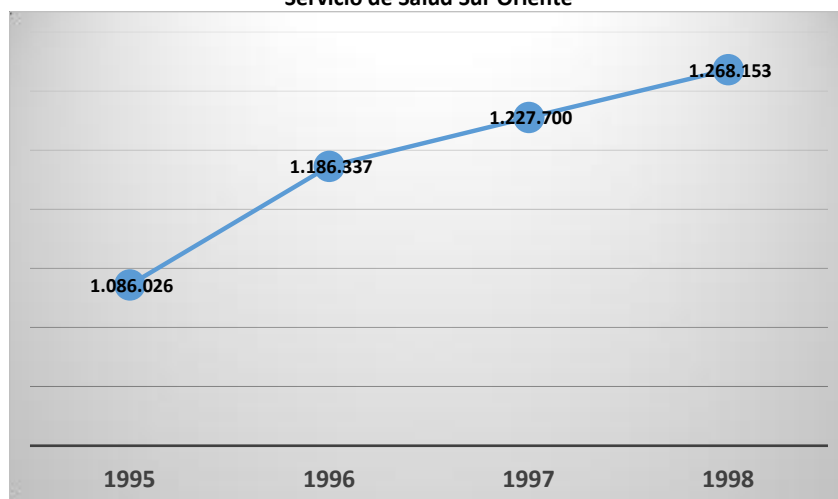
Cuadro nº 25: Estimación de Población Total a Junio de Cada Año
SSMO

Período 1995 - 1998

COMUNA	1995	1996	1997	1998
SERVICIO DE SALUD SUR ORIENTE	1.086.026	1.186.337	1.227.700	1.268.153
Comuna San Jose de Maipo	12.000	12.288	12.390	12.487
Comuna de Pirque	11.910	12.678	12.921	13.161
Comuna de Punte Alto	295.580	343.589	365.139	386.236
Comuna La Florida	371.205	392.302	403.753	414.929
Comuna La Pintana	191.813	224.944	230.758	236.435
Comuna San Ramón	106.231	101.218	101.425	101.623
Comuna La Granja	97.287	99.318	101.314	103.282

Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

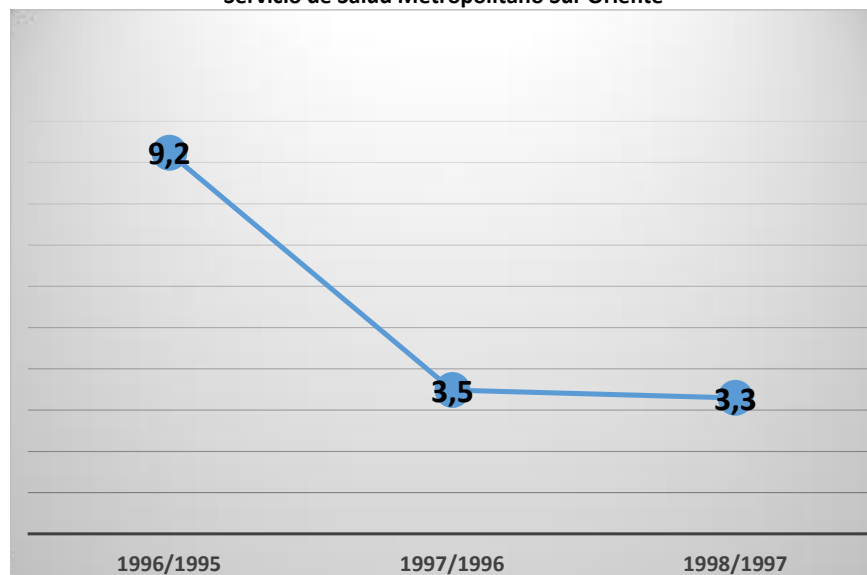
Gráfico 1:
Evolución de la Población Estimada Total
Período 1995 – 1998
Servicio de Salud Sur Oriente



Fuente: Anuario Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

La tasa de crecimiento anual de la población estimada ha descendido sistemáticamente de 9,2% en el periodo 1996/1995; de 3,5% en el 1997/1996; y 3,3% de 1998/1997.

Gráfico 2:
Tasa de Crecimiento Anual de Población Estimada
Período 1995 - 1998
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

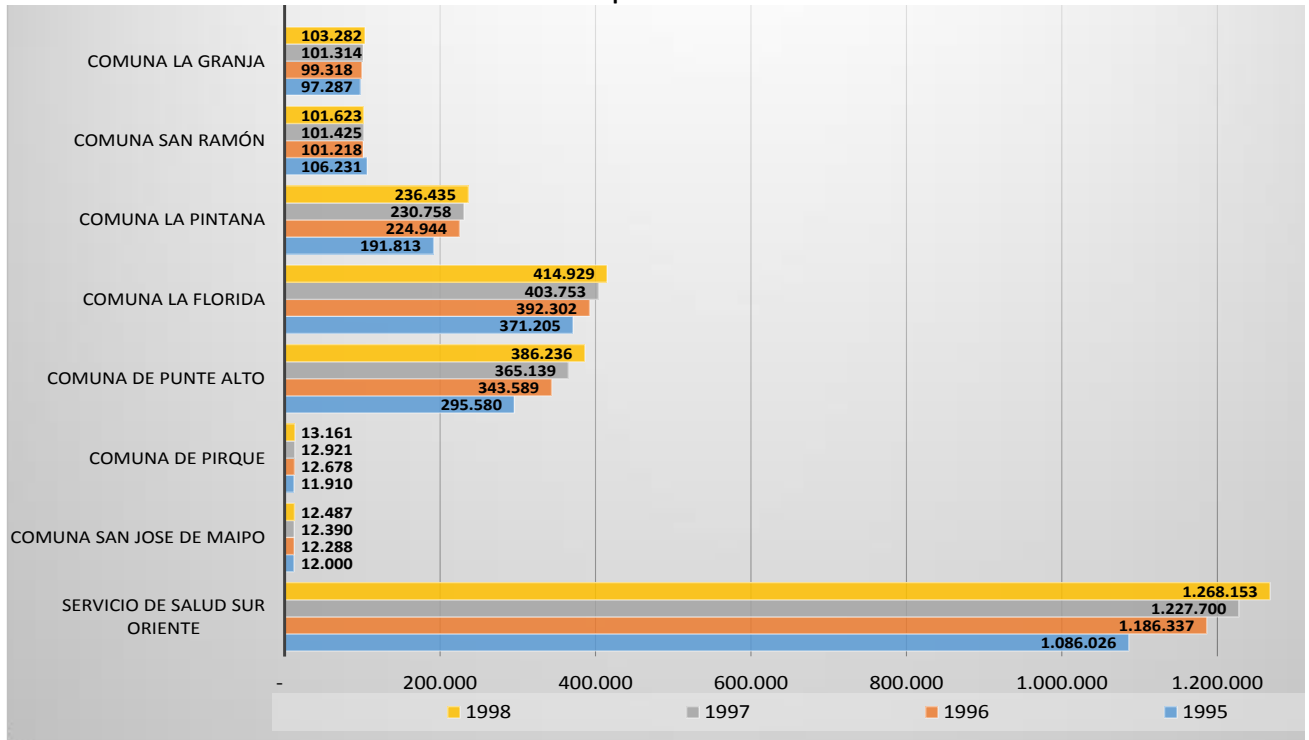
Por otra parte, respecto de la **importancia relativa de cada comuna** del área de influencia del SSMSO, Puente Alto y La Florida concentran entre 31% y 33% de la población estimada, seguidos de la comuna de La Pintana cercana al 20 % de participación para el año 1998.

Cuadro nº 26:
Estimación de Población Total a Junio de Cada Año y Participación Porcentual por Comuna
Período 1995 – 1998.

ESTABLECIMIENTOS	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%
SERVICIO DE SALUD SUR ORIENTE	1.086.026		1.186.337		1.227.700		1.268.153	
Comuna San Jose de Maipo	12.000	1%	12.288	1%	12.390	1%	12.487	1%
Comuna de Pirque	11.910	1%	12.678	1%	12.921	1%	13.161	1%
Comuna de Puente Alto	295.580	27%	343.589	29%	365.139	30%	386.236	30%
Comuna La Florida	371.205	34%	392.302	33%	403.753	33%	414.929	33%
Comuna La Pintana	191.813	18%	224.944	19%	230.758	19%	236.435	19%
Comuna San Ramón	106.231	10%	101.218	9%	101.425	8%	101.623	8%
Comuna La Granja	97.287	9%	99.318	8%	101.314	8%	103.282	8%

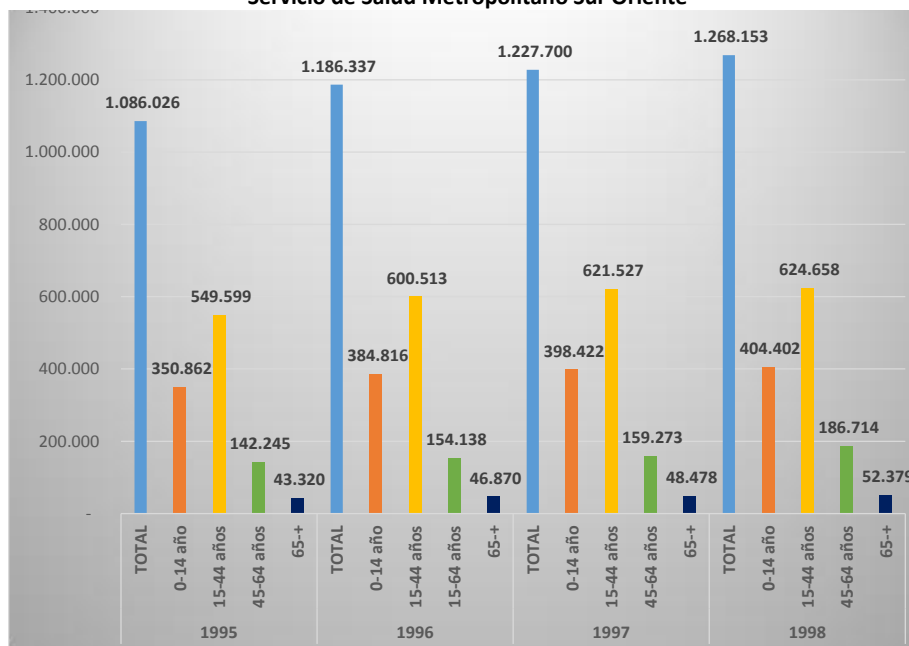
Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 3:
Estimación de Población Total Por Comuna
Período 1995 – 1998
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 4:
Población Estimada Total Por tramo de Edad
Período 1995 – 1998
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Cuadro nº 27:
Estimación de Población Por Tramo de Edad³⁴
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

TRAMO ETARIO	1995		1996		1997		1998	
TOTAL	1.086.026		1.186.337		1.227.700		1.268.153	
0 -14 año	350.862	32,3%	384.816	32,4%	398.422	32,5%	404.402	31,9%
15 - 44 año	549.599	50,6%	600.513	50,6%	621.527	50,6%	624.658	49,3%
45 - 64 año	142.245	13,1%	154.138	13,0%	159.273	13,0%	186.714	14,7%
65 año y más	43.320	4,0%	46.870	4,0%	48.478	3,9%	52.379	4,1%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

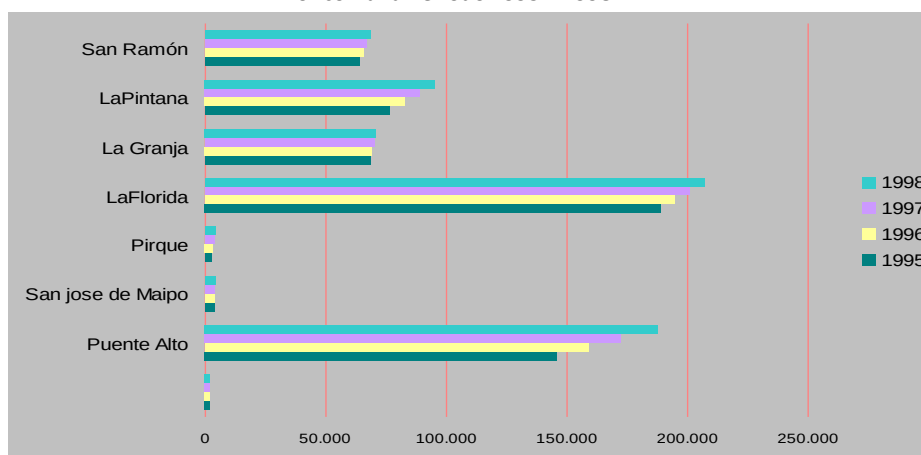
La distribución de la población por edad, del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, muestra claramente el proceso de **“Transición Demográfica”** que vive el país, concentrándose la población mayoritariamente en el tramo medio de 15 a 44 años de edad, en torno al 50%, y representado los mayores de 14 años y más aproximadamente el 70% de la población durante el período de 1995 a 1998.

Adicionalmente, el cuadro anterior muestra una leve disminución en los tramos del 0 a 14 años y de 15 a 44 años, acompañado con un leve aumento de los tramos de 45 y más años, consecuente con el proceso de envejecimiento de la población.

Población Beneficiaria (FONASA³⁵) de Red Sur Oriente

La Población Fonasa estimada a ser atendida en la Red Asistencial Sur Oriente de las comunas ya mencionadas desde el año 1995 a 1998 tuvo un aumento del 47 % al 50% de la población total.

Gráfico 5
Población FONASA de Red Asistencial Sur Oriente
Por comuna Período 1995 – 1998



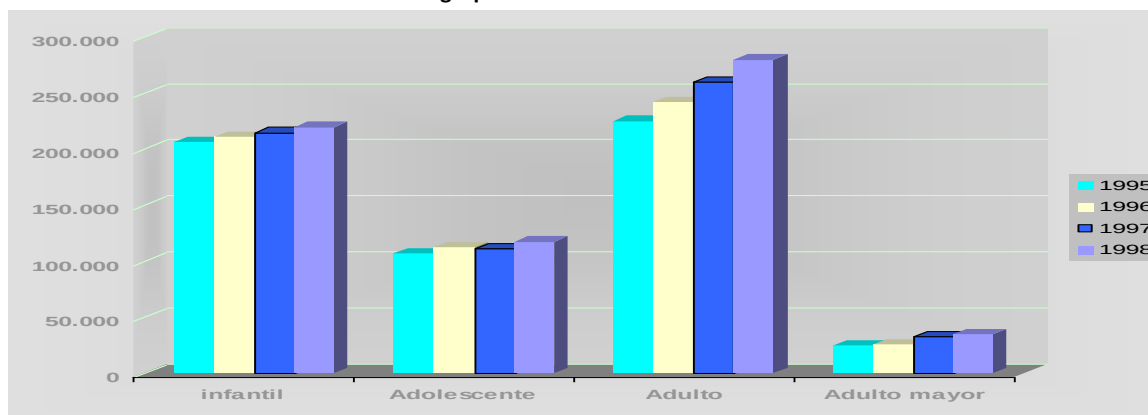
Fuente: elaboración propia en base a cruce de datos DEIS con información INE.

³⁴ Mediante los Tramos de edad se organiza la población beneficiaria en el “ciclo vital”, infantil, adolescente, adulto y adulto mayor. En forma transversal al ciclo de vida existen otros programas específicos como en el caso de género, el Programa de la Mujer, en caso de discapacidad mental, el programa de Salud mental, entre otros. Cada uno de los programas tanto del ciclo vital como transversales están orientados específicamente a la población objetivo y las prestaciones realizadas en los diferentes niveles de atención son según sus requerimientos, ejemplo; programa de la Mujer considera; consultas ginecológicas, obstétricas, reproductivas, control de natalidad, control menopausia, y prestaciones Ges como CA MAMAS, CA CU, entre otras prestaciones.

³⁵ Estimación según antecedentes DEIS en cruce con información INE.

La población FONASA distribuida según grupo etario, se muestra en el siguiente gráfico, donde la mayor proporción corresponde a población infantil y adulta, seguida de la población adolescente y bastante menor la población adulta mayor.

Gráfico 6:
Estimación Población FONASA de Red Asistencial Sur Oriente
Por grupo etario Período 1995 – 1998



Fuente: elaboración propia en base a cruce de datos DEIS con información INE.

La población beneficiaria FONASA se distribuye según su nivel de ingresos en cuatro (4) tramos, tal como se detalla en el cuadro a continuación:

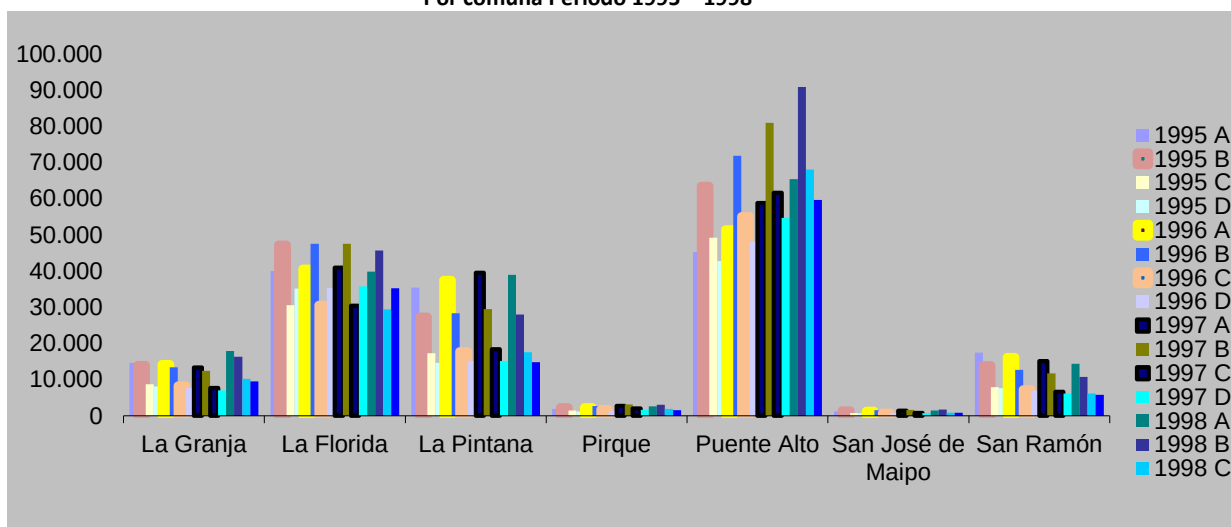
Cuadro nº 28
Tramos FONASA a pesos del año 1998

Tramo	Beneficiarios	Tipo de atención	Porcentaje Copago
Tramo A	Carencia de recursos o indigentes, beneficiarios Pensiones básicas solidarias, causantes de Subsidio Familiar	Atención institucional gratuita	0%
Tramo B	Reciben menos de \$ 71.400, o entre \$ 71.400 y \$ 104.244 con 3 o más cargas legales	Atención Institucional gratuita y con derecho a atenciones de libre elección, esto es recibiendo atención de prestadores tanto públicos como privados	0%
Tramo C	Reciben entre \$ 71.400 y \$ 104.244 sin exceder dos cargas legales, o más de \$ 104.244 con 3 o más cargas legales	Atención Institucional con un copago del 10%, más atención Libre elección	10%
Tramo D	Reciben más de \$ 104.244.	Atención Institucional con un copago del 20%, más atención Libre elección	20%

Fuente: Información Fondo Nacional de Salud.

El gráfico siguiente muestra la población beneficiaria de la Red asistencial Sur Oriente, según tramos Fonasa, para los años 1995 a 1998. Esto es, la población beneficiaria de Fonasa ex ante, de dicha Red.

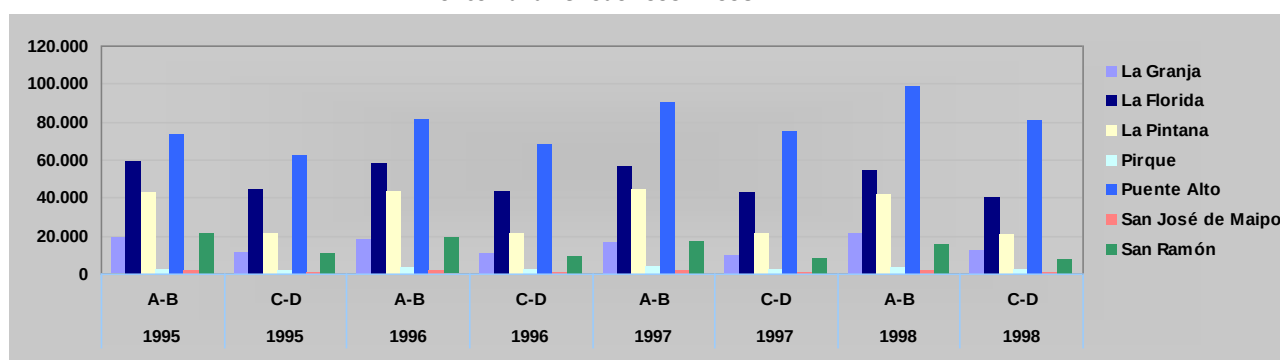
Gráfico 7
Tramo FONASA de Población Beneficiaria Red Asistencial Sur Oriente
Por comuna Período 1995 – 1998³⁶



Fuente: elaboración propia en base a cruce de datos DEIS con información INE.

Los tramos A, B, C y D, reflejan el nivel de ingreso de los usuarios Fonasa, por lo cual, para efecto de revisar el nivel de pobreza de la población de cada comuna, se ha sumado las poblaciones de las categorías A- B y C-D, identificándose que las dos comunas con mayor porcentaje de usuarios más pobres desde el concepto de ingresos son San Ramón (67% FONASA A y B) y La Pintana (66% FONASA A y B) ambas comunas que serán atendidas por el nuevo establecimiento a construir en el año 1998.

Gráfico 8:
Distribución Población FONASA Beneficiaria Red Asistencial Sur Oriente con y sin copago
Por comuna Período 1995 – 1998



Fuente: elaboración propia en base a cruce de datos DEIS con información INE.

³⁶ Datos en anexo.

c) Actividad asistencial entre 1995 y 1998

La actividad asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente para el período año 1995 a 1998, considerando como período base para efectos de analizar y evaluar el efecto de la puesta en marcha y operación del Hospital Padre Alberto Hurtado, se muestra a continuación con sus principales actividades, esto es, atención abierta y cerrada.

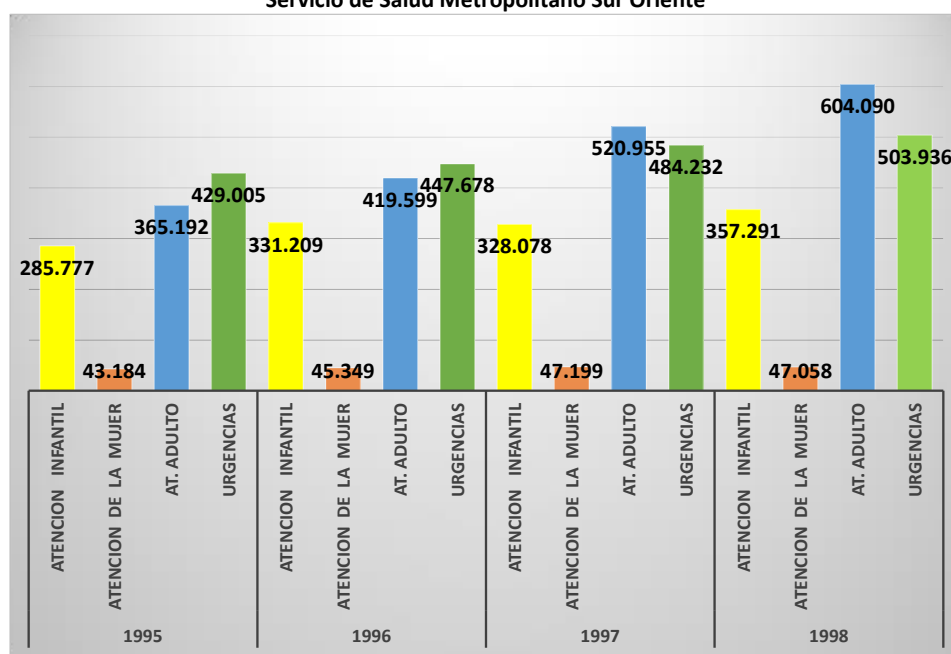
i) Atención abierta

Dentro de la atención abierta, se consideran los controles y consultas, correspondiente a atención primaria, secundaria y urgencias, incluye consultas de especialidad. A continuación se da cuenta de ello.

- **Controles y Consultas**

El **Programa de Atención Infantil** representa el 25% del total de los Controles y Consultas Médicas realizadas durante el periodo bajo análisis, por su parte las atenciones del **Programa de la Mujer** son las representan el menor porcentaje de participación, alcanzando una cifra levemente inferior a 4%, con una tendencia durante el período a la disminución paulatina. Respecto a las atenciones del **Programa del Adulto**, éstas parten con un porcentaje de participación del orden de 32,5% para el año 1995, llegando al 41,1% el año 1998. Durante el período experimenta un importante incremento en las atenciones médicas, de un 65% en el 1998 respecto del 1995.

Gráfico 9:
Controles y Consultas Médicas Por Programa
Período 1995 – 1998
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Este importante aumento del nivel en los Controles y Consultas Médicas es coherente con el proceso de envejecimiento de la población, vale decir, con el nuevo perfil demográfico del país.

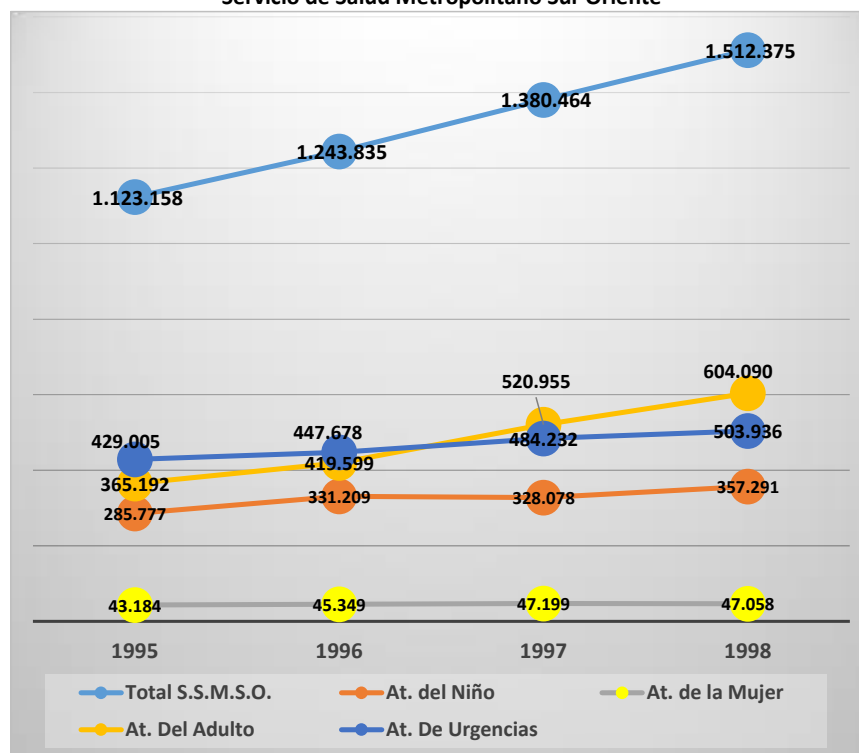
Al respecto, cabe visibilizar la *antigüedad de las comunas correspondientes al área de influencia del respectivo Servicio*, que hacen presumir el progresivo envejecimiento de las familias que viven en dichas comunas.

Cuadro nº 29:
Controles y Consultas Por Programa
Período 1995 – 1998
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Año	1995	1996	1997	1998
Total S.S.M.S.O.	1.123.158	1.243.835	1.380.464	1.512.375
At. del Niño	285.777	331.209	328.078	357.291
At. de la Mujer	43.184	45.349	47.199	47.058
At. Del Adulto	365.192	419.599	520.955	604.090
At. De Urgencias	429.005	447.678	484.232	503.936

Fuente: Boletines Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 10:
Controles y Consultas Médicas
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Elaboración propia en base a información de Boletines Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

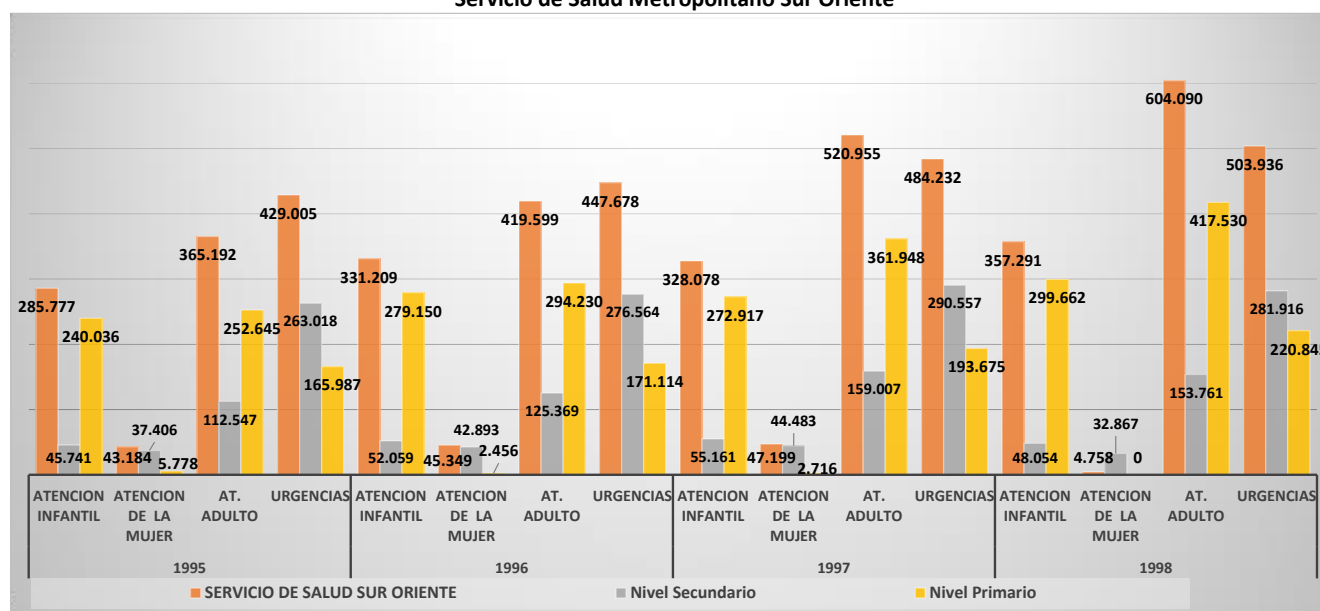
Otro aspecto a destacar respecto de las Controles y Consultas Médicas durante el período 1995 – 1998, es que **el Nivel Primario** compuesto por los Consultorios y Postas rurales, de menor capacidad resolutive, **representa alrededor del 60% del total de atenciones médicas del Servicio**, con una tendencia al aumento en su importancia relativa, al pasar de un 59,16% de participación para el año 1995 al 62,02% de participación para el año 1998. Ello se aprecia en el siguiente cuadro.

Cuadro nº 30:
Participación de las Consultas y Controles Médicas del Nivel Primario

Año	1995		1996		1997		1998	
Total S.S.M.S.O.	Servicio	N. Primario	Servicio	N. Primario	Servicio	N. Primario	Srvicio	N.Principal
Total Programa	1.123.158	664.446	1.243.835	746.950	1.380.464	831.256	1.512.375	938.037
Participación N. Primario		59,16%		60,05%		60,22%		62,02%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 11:
Controles y Consultas Médicas Por Programa y Nivel de Resolución
Período 1995 – 1998
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Elaboración propia, Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Para efectos del análisis de la construcción del Hospital Padre Alberto Hurtado, también resulta relevante considerar la **producción asistencial por comuna** del área de referencia del Servicio de Salud. A continuación se presenta dicho análisis.

Controles y Consultas por Comuna y Programa

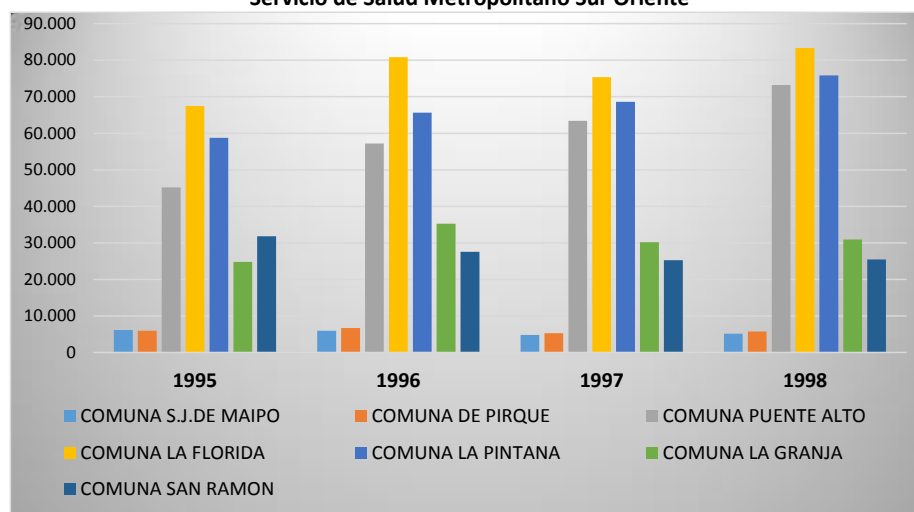
Claramente la comuna de La Florida ocupa el primer lugar en el número de atenciones médicas, controles y consultas, del **Programa Infantil**, seguida por la comuna de La Pintana, Puente Alto y La Granja. Las comunas expresan una tendencia al alza en este Programa durante el período bajo análisis, con la excepción de la comuna de San Ramón, San José de Maipo y Pirque.

Cuadro nº 31:
Controles y Consultas Médicas Programa Infantil
Servicio Metropolitano Sur Oriente

COMUNA	1995	1996	1997	1998
COMUNA S.J.DE MAIPO	6.137	5.922	4.789	5.131
COMUNA DE PIRQUE	5.956	6.699	5.274	5.716
COMUNA PUENTE ALTO	45.192	57.229	63.442	73.225
COMUNA LA FLORIDA	67.445	80.822	75.362	83.319
COMUNA LA PINTANA	58.750	65.662	68.578	75.854
COMUNA LA GRANJA	24.773	35.245	30.196	30.953
COMUNA SAN RAMON	31.783	27.571	25.276	25.464

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 12:
Controles y Consultas Médicas Programa del Niño por Comuna
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Respecto de los Controles y Consultas Médicas del **Programa de la Mujer**, el cuadro siguiente muestra las cifras entre 1995 y 1997³⁷. Cabe señalar que a partir del año 1998 el Programa de la Mujer se ejecuta e informa a nivel Secundario: C.D.T., C.R.S. La Florida y C.R.S. Padre Hurtado. Sin embargo, ello fue un proceso paulatino.

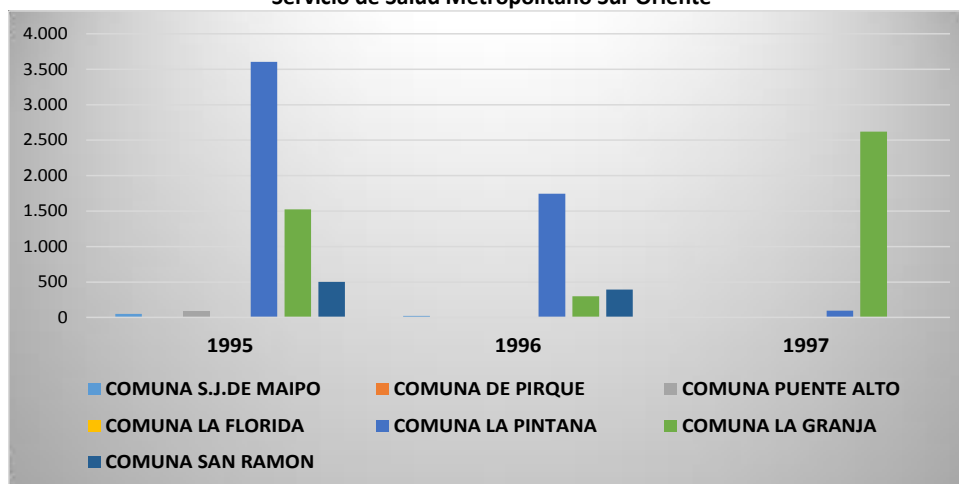
³⁷ Información del programa de la Mujer para el año 1998 en adelante es informada por el Hospital Padre Hurtado.

Cuadro nº 32:
Controles y Consultas Programa de la Mujer
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

COMUNA	1995	1996	1997
COMUNA S.J.DE MAIPO	50	21	0
COMUNA DE PIRQUE	0	0	0
COMUNA PUENTE ALTO	97	0	0
COMUNA LA FLORIDA	0	0	0
COMUNA LA PINTANA	3.604	1.744	95
COMUNA LA GRANJA	1.524	299	2.621
COMUNA SAN RAMON	503	392	0

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 13:
Controles y Consultas Programa de la Mujer por Comuna
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Los Controles y Consultas Médicas del **Programa del Adulto** se concentran mayoritariamente en las comunas de La Florida, La Pintana, Puente Alto y San Ramón.

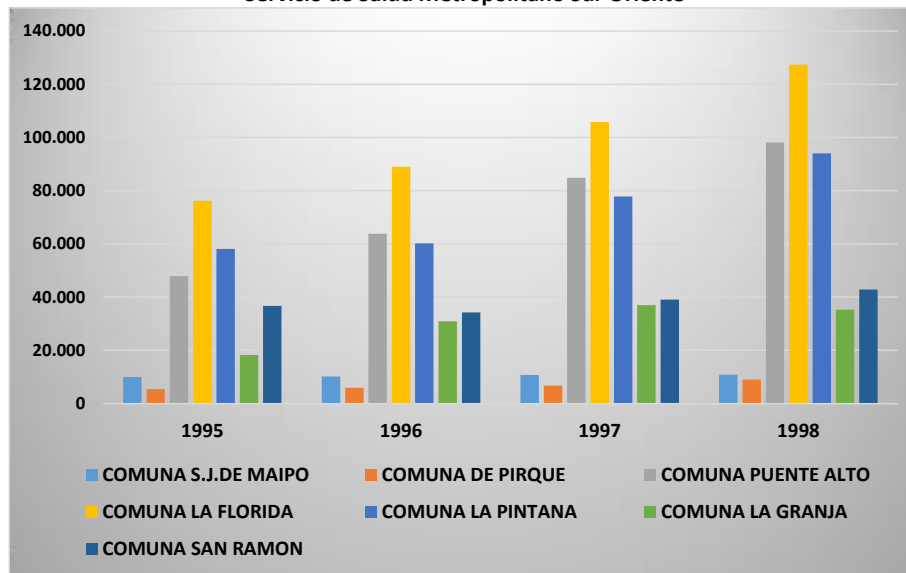
Existe claramente una *tendencia al aumento de las atenciones* durante el período año 1995 al 1998. Ello refuerza lo señalado con anterioridad respecto del proceso de envejecimiento de la población.

Cuadro nº 33:
Controles y Consultas Médicas Programa del Adulto
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

COMUNA	1995	1996	1997	1998
COMUNA S.J.DE MAIPO	9.973	10.150	10.753	10.840
COMUNA DE PIRQUE	5.495	5.949	6.756	9.065
COMUNA PUENTE ALTO	47.900	63.823	84.859	98.148
COMUNA LA FLORIDA	76.206	88.974	105.772	127.382
COMUNA LA PINTANA	58.110	60.216	77.788	93.984
COMUNA LA GRANJA	18.291	30.908	36.977	35.255
COMUNA SAN RAMON	36.670	34.210	39.043	42.856

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 14:
Controles y Consultas Programa del Adulto Por Comuna
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

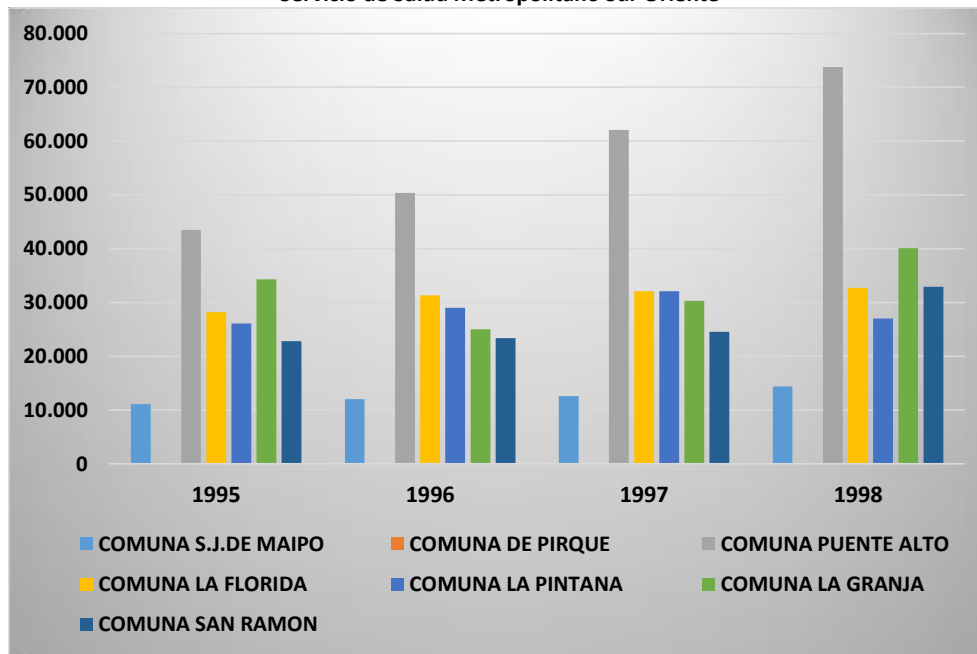
Las **Atenciones de Urgencia** por comuna experimentan *incrementos durante el período*, en particular las comunas de Puente Alto, La Florida, La Granja y San Ramón. Cabe señalar que estas corresponden al *nivel primario* de atención.

Cuadro nº 34:
Controles y Consultas Médicas de Urgencia
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

COMUNA	1995	1996	1997	1998
COMUNA S.J. DE MAIPO	11.098	12.017	12.586	14.361
COMUNA DE PIRQUE	0	0	0	0
COMUNA PUENTE ALTO	43.495	50.379	62.045	73.759
COMUNA LA FLORIDA	28.186	31.322	32.084	32.681
COMUNA LA PINTANA	26.098	29.001	32.103	26.997
COMUNA LA GRANJA	34.318	25.019	30.301	40.114
COMUNA SAN RAMON	22.792	23.376	24.556	32.933

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 15:
Controles y Consultas Médicas de Urgencias por Comuna
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

ii) Atención cerrada

En la categoría atención cerrada, se considera los egresos hospitalarios, la dotación de camas, el porcentaje de ocupación de camas, el índice de letalidad, las intervenciones quirúrgicas, los partos y las actividades de apoyo clínico. A continuación se da cuenta de ello.

• Egresos Hospitalarios

El número de egresos hospitalarios disminuyó en 4.642 pacientes en 1998 respecto de 1995³⁸. La mayor disminución se expresó en 1996 respecto de 1995. Hubo un leve repunte en 1998, probablemente debido a la puesta en marcha del Hospital Padre Hurtado a fines de ese año.

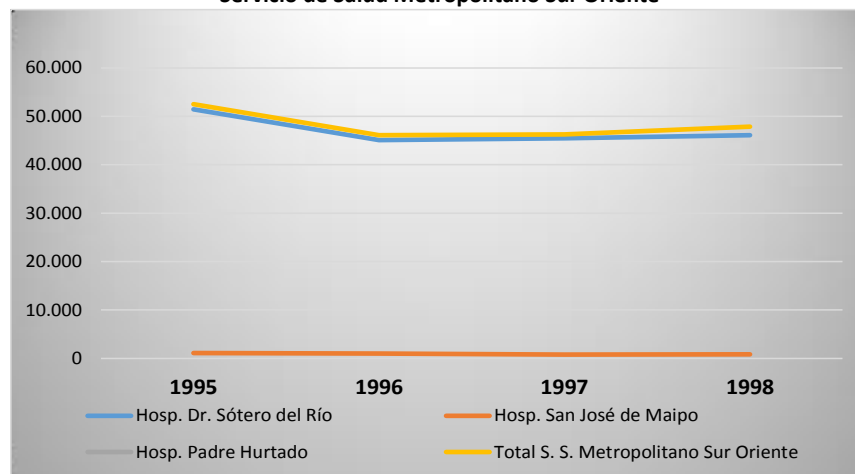
³⁸ SSMSO tuvo un aumento sostenido de población beneficiaria con lo cual al tener insuficiente disponibilidad de camas para patologías complejas (correspondiente al tipo de hospital Base), los usuarios se auto-referenciaron a otros establecimientos, principalmente del SSMS.

Cuadro nº 35:
Número de Egresos Según Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

SERVICIO CLINICO	1995	1996	1997	1998
Hosp. Dr. Sótero del Río	51.427	45.093	45.442	46.082
Hosp. San José de Maipo	1.084	1.022	811	831
Hosp. Padre Hurtado				956
Total S. S. Metropolitano Sur Oriente	52.511	46.115	46.253	47.869

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 16:
Egresos Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

La disminución de egresos está asociada al Hospital Dr. Sótero del Río con ocasión de una **contracción en la dotación de camas**, de 828 en 1995 a 798 en 1998, unido a una disminución del porcentaje de ocupación de camas, de 79,9% en 1995 a 75,6% en 1998. Por su parte, el Hospital San José de Maipo mantiene su dotación de 282 camas durante el período. La puesta en marcha del Hospital Padre Hurtado en noviembre del año 1998 no logra compensar la disminución en su primera etapa.

Otra variable que puede explicar la disminución en los egresos, es **el incremento de las Cirugías ambulatorias**, que representan un breve período de observación y luego los pacientes son dados de alta, sin pernoctar en el Hospital.

Como se vislumbra en los cuadros, la incorporación del Hospital de Padre Hurtado no representó una disminución de la actividad del Hospital Dr. Sótero del Río ni menos aún del Hospital San José de Maipo.

Una explicación plausible puede ser que los usuarios estuvieran siendo atendidos en otros Hospitales fuera de la Red del Servicio de Salud, en particular en el Servicio de Salud Metropolitano Sur, en los Hospitales Barros Luco y El Pino, por sus medios de acceso.

- **Dotación de Camas**

La dotación de camas desde 1995 hacia 1997 tuvo una disminución que solo se viene a revertir con la incorporación de las camas del Hospital Padre Hurtado a fines del año de su incorporación.

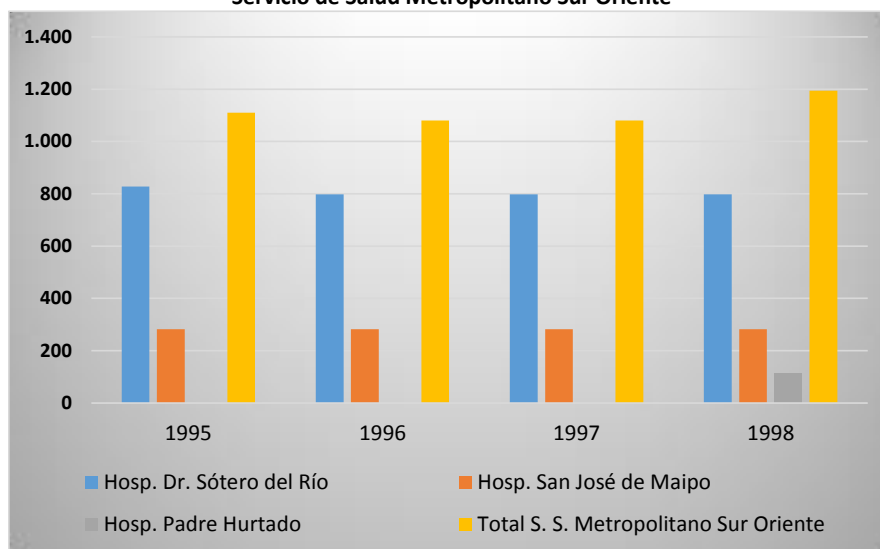
Cuadro nº 36:
Dotación de Camas Según Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

SERVICIO CLINICO	1995	1996	1997	1998
Hosp. Dr. Sótero del Río	828	798	798	798
Hosp. San José de Maipo	282	282	282	282
Hosp. Padre Hurtado				114
Total S. S. Metropolitano Sur Oriente	1.110	1.080	1.080	1.194

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

La dotación de camas está asociada al modelo de operación de los Hospitales, es así que al incorporar Cirugías Ambulatorias, se hace menos necesario el incremento de camas para iguales patologías.

Gráfico 17:
Dotación de Camas por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

- **Porcentaje de Ocupación de Camas**

Respecto del indicador de porcentaje de ocupación de camas, que corresponde a un indicador de Actividad Hospitalaria, cuyo cálculo es el número promedio de camas que estuvieron ocupadas diariamente durante un período, expresado en porcentaje, muestra por una parte la eficiencia del

recurso cama, y por otra la demanda sobre dicho recurso. Indudablemente es el **Hospital Sótero del Río** el que tiene el índice de ocupación de camas más alto, vale decir, aquí se concentra la mayor demanda por camas.

En tanto, el **Hospital San José de Maipo** exhibe una importante disminución en porcentaje de ocupación de camas para el año 1998, respecto de los años anteriores.

Cuadro nº 37:
Porcentaje de Ocupación de Camas Según Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

SERVICIO CLINICO	1995	1996	1997	1998
Hosp. Dr. Sótero del Río	81,8%	82,1%	79,1%	82,9%
Hosp. San José de Maipo	68,3%	66,6%	65,0%	54,6%
Hosp. Padre Hurtado				57,8%
Total S. S. Metropolitano Sur Oriente	79,7%	78,3%	75,7%	75,6%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

El análisis de egresos por Servicio Clínico muestra que **Obstetricia** concentra alrededor del 40% de la totalidad de egresos, seguido de **Urgencia** con una participación en torno al 16% anual y **Cirugía Adulto** con 8% en 1998 hasta llegar a un 12% de participación respecto del total de egresos. En suma, Obstetricia, Urgencias y Cirugía Adulto concentran alrededor del 60% de los egresos a nivel de Servicio de Salud.

El cuadro de la página siguiente muestra el detalle del número de egresos por servicio clínico, en el SSMSO, para el período 1995-1998.

Cuadro nº 38:
Número de Egresos Por Servicio Clínico*
1995-1998
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

SERVICIO CLINICO	1995	1996	1997	1998
PEDIATRIA	3.680	4.325	3.596	4.007
PEDIATRIA INTERMEDIA	0	0	0	0
U.C.I. PEDIATRIA	402	398	409	424
CIRUGIA INFANTIL	3.163	3.188	3.284	2.948
RECIEN NACIDOS	1.292	1.382	1.303	1.399
RECIEN NACIDO INCUBADORA	765	852	793	711
RECIEN NACIDO INTERMEDIO	0	0	0	0
RECIEN NACIDO MINIMO	1.047	1.144	1.105	1.097
RECIEN NACIDO U.C.I.	446	460	483	475
OBSTETRICIA	19.560	19.162	19.108	19.415
GINECOLOGIA	1.830	1.968	2.006	1.994
MEDICINA	2.862	3.249	3.568	3.525
MEDICINA INTERMEDIA	0			0
CIRUGIA ADULTO	4.181	4.702	5.081	5.540
OFTALMOLOGIA	831	802	901	1.216
OTORRINOLARINGOLOGIA	372	411	391	275
UROLOGIA	724	775	705	783
DERMATOLOGIA	53	36	31	42
TRAUMATOLOGIA	1.127	928	966	993
NEUROLOGIA	633	734	753	832
MAXILO FACIAL	279	286	269	283
UCL ADULTO	271	274	297	361
URGENCIA	7.011	7.462	7.402	7.477
PENSIONADO	1.609	2.321	2.323	2.287
PSIQUIATRIA				0
TISIOLOGIA	284	220	229	199
DERIVA. MED. QUIRURG.	291	275	108	179
INDIFERENCIADO	509	527	474	453
ALCOHOL Y DROGAS				
TOTAL	52.511	46.115	46.253	47.869

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

*El Departamento de Estadística del Servicio de Salud Metropolitano sur Oriente, señala que la cifra de egresos por Servicios Clínicos no deben sumarse totalmente, ya que existen algunos agregados.

- **Índice de Letalidad**

El Índice de Letalidad se encuentra en torno al 2%, tanto para el Servicio de salud, como a nivel del principal centro hospitalario de la Red, el Hospital Dr. Sótero del Río.

De acuerdo a lo señalado por el Anuario Estadístico del Servicio Metropolitano Sur 1998, respecto del año 1997, el **perfil de la mortalidad según edad y sexo** muestra la reducción de las muertes de los más jóvenes y la mortalidad más precoz de los varones que de las mujeres entre 10 y 65 años.

Las defunciones sobre 50 años sobrepasan a los menores de esa edad y constituyen el 75% de todas las defunciones.

El 62% de las muertes se deben a tres **grupos de causas**: cardiovasculares, tumores malignos y respiratorias. Con las muertes causadas por traumatismos, violencias y digestivas se alcanza el 80%.

Los tumores y las causas cardiovasculares expresan el efecto de la sobrevida y mayor exposición a factores de riesgo, efectos del bajo nivel de bienestar de gran parte de la población y a los estilos de vida que agregan factores de riesgo individuales.

Las enfermedades respiratorias se asocian al bajo nivel de vida, al deterioro biológico o a la enfermedad terminal.

La mortalidad por traumatismo, violencia y accidentes ocupa el 4° lugar entre los primeros grupos de causas en el SSMSO y afecta a adolescentes y adultos jóvenes.

Las causas digestivas son el quinto grupo de causas de muerte, en particular cirrosis y hemorragia digestiva.

Cuadro nº 39:
Porcentaje de Letalidad Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	1995		1996		1997		1998	
SERVICIO CLINICO	N° de Fallecidos	% Letalidad	N° de Fallecidos	% Letalidad	N° de Fallecidos	% Letalidad	N° de Fallecidos	% Letalidad
Hosp. Dr. Sótero del Río	960	1,87%	1.008	2,2%	1.058	2,3%	1.099	2,4%
Hosp. San José de Maipo	76	7,01%	59	5,88%	66	8,10%	74	8,9%
Hosp. Padre Hurtado								
Total S. S. Metropolitano Sur Oriente	1.036	1,97%	1.067	2,30%	1.124	2,4%	1.173	2,5%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Para 1997 también se menciona como **causas simples** más importantes de mortalidad, las neumonías y bronconeumonía, seguida del infarto, el accidente vascular encefálico, la enfermedad aterosclerótica del corazón y tres tumores: estómago, vesícula y vías biliares y cáncer de mama.

A pesar que para el año 1997, las **enfermedades crónicas** explican mayoritariamente la mortalidad, la neumonía y bronconeumonía aparecen incidentalmente poniendo término a la vida en uno de cada cinco casos.

- **Intervenciones Quirúrgicas**

Las **Intervenciones quirúrgicas totales** se incrementan sistemáticamente a nivel de Servicio de Salud en la serie de años considerada como base (1995-1998). Sin embargo, el Hospital Dr. Sotero del Río disminuye en aproximadamente 1.345 cirugías en 1998 respecto de 1997, siendo este año un punto de inflexión en la tendencia. No obstante lo anterior, el Hospital Dr. Sotero del Río concentra el 86% de las cirugías el año 1998, el 83% en 1996, el 78% en 1997, llegando a un 70% el año 1998.

Esta dinámica esta explicada básicamente por la incorporación de los establecimientos de atención secundaria -Centro de Diagnóstico Terapéutico y Centro de Referencia de Salud Cordillera-, que han incorporado dentro de su cartera de Servicios la cirugía ambulatoria de manera similar a los Consultorios de Atención Primaria³⁹.

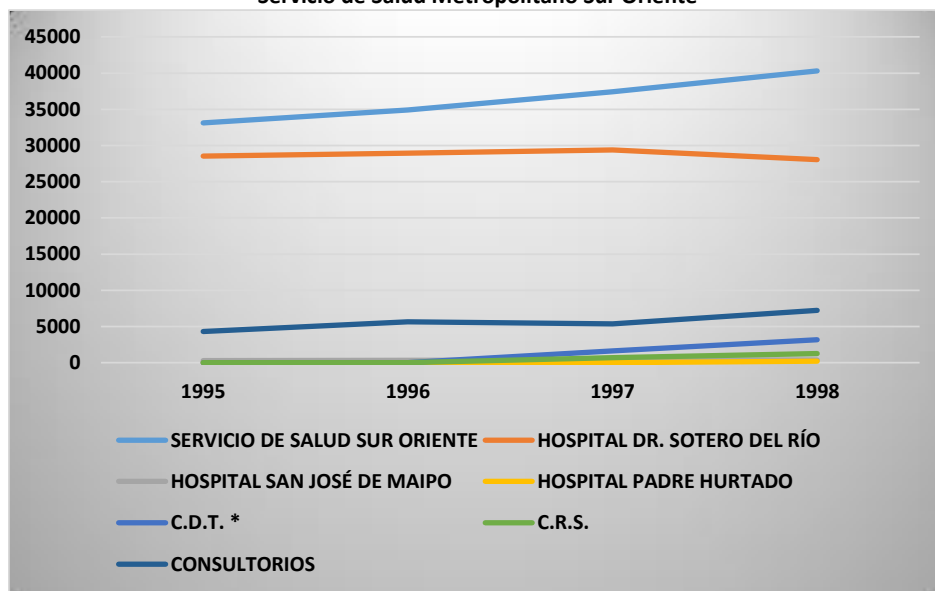
Cuadro nº 40:
Intervenciones Quirúrgicas Totales Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	1995	1996	1997	1998
SERVICIO DE SALUD SUR ORIENTE	33139	34926	37431	40311
HOSPITAL DR. SOTERO DEL RÍO	28525	28933	29381	28036
HOSPITAL SAN JOSÉ DE MAIPO	309	352	356	364
HOSPITAL PADRE HURTADO	0	0	0	217
C.D.T. *	0	0	1620	3187
C.R.S.	0	0	705	1262
CONSULTORIOS	4305	5641	5369	7245

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

*Inicia Funciones como CDT a contar de junio de 1997.

Gráfico 18:
Total de Cirugías Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

A nivel de **Servicio de Salud**, las intervenciones quirúrgicas prácticamente tienen similar peso relativo a lo largo del periodo 1995 – 1998, tal como se observa a nivel de valores absolutos en el siguiente cuadro.

³⁹ APS realiza intervenciones quirúrgicas ambulatorias menores, esto de muy baja complejidad como procedimientos de dermatología (ej.: extracción de verrugas).

Cuadro nº 41:
Intervenciones Quirúrgicas Mayores y Menores, Según Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	1995		1996		1997		1998	
ESTABLECIMIENTO	CIRUGIA MAYOR	CIRUGIA MENOR	CIRUGIA MAYOR	CIRUGIA MENOR	CIRUGIA MAYOR	CIRUGIA MENOR	CIRUGIA MAYOR	CIRUGIA MENOR
SERVICIO DE SALUD SUR ORIENTE	16094	17045	17189	17737	17775	19656	19894	20417
HOSPITAL DR. SOTERO DEL RÍO	16094	12431	17189	11744	17775	11606	17283	10753
HOSPITAL SAN JOSÉ DE MAIPO		309		352		356		364
HOSPITAL PADRE HURTADO							217	
C.D.T. *						1620	2394	793
C.R.S.						705	0	1262
CONSULTORIOS		4305		5641		5369	0	7245

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

- **Partos**

Los partos exhiben un **leve descenso** en el período, pasando de 13.926 en el año 1995, a 12.801 partos el año 1998, sin considerar el efecto de la incorporación del Hospital Padre Hurtado a fines del año 1998. El efecto de la producción del Hospital Padre Hurtado a fines del año 1998 se analizará en un informe posterior, pues a simple vista se determina un *efecto sustitución* en relación a los partos del Hospital Sotero del Río.

Esta tendencia es compatible con lo que se ha señalado con anterioridad respecto del proceso de envejecimiento de la población a nivel nacional, y en particular, en las comunas de Puente Alto y San Ramón, además de la disminución de la tasa de natalidad.⁴⁰

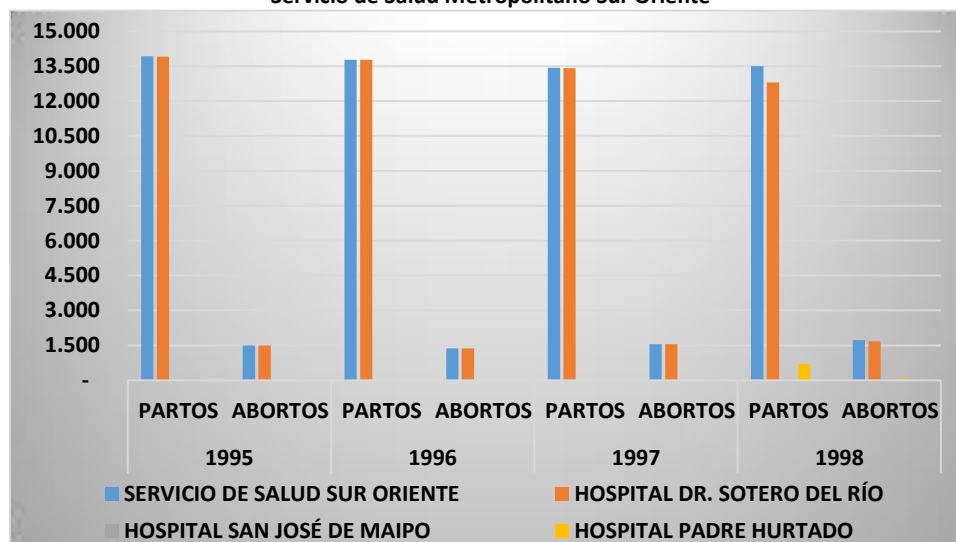
Cuadro nº 42:
Partos y Abortos Según Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	1995		1996		1997		1998	
ESTABLECIMIENTO	PARTOS	ABORTOS	PARTOS	ABORTOS	PARTOS	ABORTOS	PARTOS	ABORTOS
SERVICIO DE SALUD SUR ORIENTE	13.926	1.491	13.777	1.377	13.428	1.548	13.502	1.733
HOSPITAL DR. SOTERO DEL RÍO	13.910	1.491	13.772	1.377	13.419	1.548	12.801	1.672
HOSPITAL SAN JOSÉ DE MAIPO	12	0	2	0				
HOSPITAL PADRE HURTADO							701	61
CONSULTORIOS	4	0	3	0	9			

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

⁴⁰ Tasa natalidad 1990; 23,5%. Tasa natalidad 1998; 18,3%

Gráfico 19:
Partos y Abortos Según Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

- **Actividades de Apoyo Clínico**

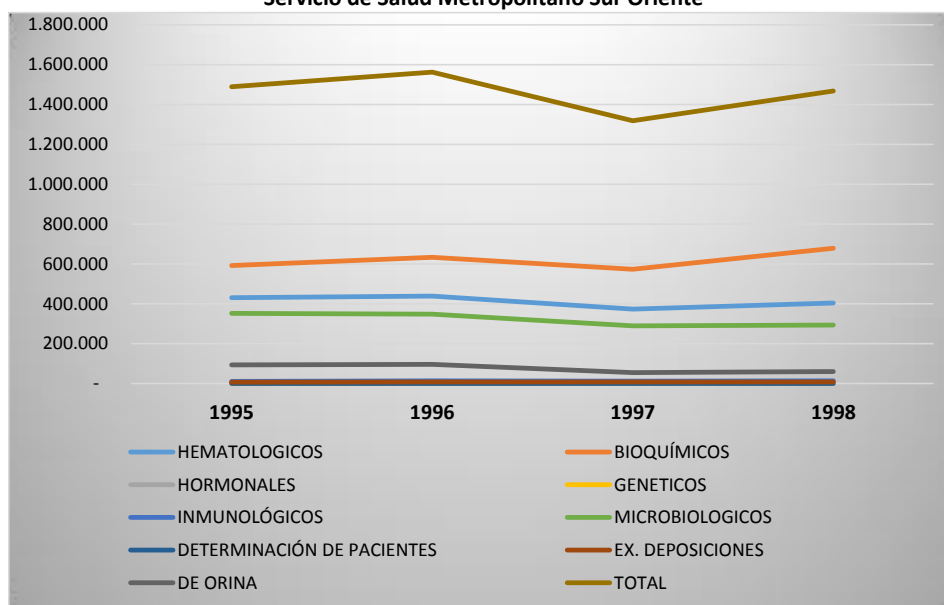
Los **exámenes de laboratorio** se concentran por sobre el 90% en aquellos de tipo Hematológico, Bioquímico y Microbiológico. El número total de exámenes a nivel de Servicio de Salud se mantuvo estable con la excepción del año 1997, en que hubo un leve descenso.

Cuadro nº 43:
Exámenes de Laboratorio Totales Por Tipo
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

TIPO DE EXAMENES	1995	1996	1997	1998
HEMATOLOGICOS	430.898	438.537	373.631	403.865
BIOQUÍMICOS	591.582	633.772	573.016	677.892
HORMONALES	4.933	6.184	9.034	10.450
GENETICOS	37	87	47	47
INMUNOLÓGICOS	10.436	13.276	11.840	13.628
MICROBIOLOGICOS	351.707	347.613	289.425	293.454
DETERMINACIÓN DE PACIENTES	-	-	-	-
EX. DEPOSICIONES	6.699	7.292	7.610	8.282
DE ORINA	93.389	95.676	53.997	60.539
TOTAL	1.489.681	1.562.437	1.318.600	1.468.157

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 20:
Exámenes de Laboratorio Totales Por Tipo
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Dichos exámenes se concentran mayoritariamente en el Hospital Sotero del Río con cerca del 80% de la producción del período.

Respecto de los exámenes de **Imagenología y Procedimientos de Diagnóstico**, la mayoría de ellos experimenta un incremento constante en el número de actividades durante el período, siendo de igual modo el Hospital Sotero del Río el que concentra la producción, que en algunos casos llega al 100%, constituyéndose en centro de referencia para la derivación.

Cuadro nº 44:
Imagenología y Procedimientos de Diagnósticos
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

GRUPO	1995	1996	1997	1998
Imagenología	131.647	143.804	175.250	200.893
Anatomía Patológica	42.259	46.956	51.519	53.651
Medicina Nuclear	-	121	195	114
Procedimiento de Ortopedia	-	6.397	10.500	15.995
Hemodiálisis	-	843	1.232	1.013
Ginecología y Obstetricia	38.084	41.457	39.142	

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Red Asistencial SSMSO sin el Hospital Padre Hurtado y su gestión

El cuadro siguiente presenta los Indicadores de Utilización y Productividad para el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente entre los años 1995 y 1998. Estos indicadores muestran que, la disponibilidad de servicios, cobertura y su accesibilidad (en términos de actividad por población), se mantiene muy estable durante el período anterior al año Base, con la excepción del indicador de Egresos por cada 100 habitantes, que disminuye de 4,84 en 1995 a 3,77.

En tanto, los Indicadores de Productividad, muestran un leve incremento en la productividad de las prestaciones, con la sola excepción de los Exámenes de Laboratorio por cada 100 consultas, que disminuye de 214,60 en 1995 a 189,81 en 1998.

Cuadro nº 45:
Indicadores de Utilización y Productividad
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Años 1995 – 1996-1997-1998

TIPOS DE INDICADORES	1995	1996	1997	1998
INDICADORES DE UTILIZACIÓN				
Total Consulta Médica/ Habitante Año Total	0,61	0,63	0,65	0,74
Consulta Niño/Habitante Año 0-14 años Total	0,68	0,73	0,68	0,74
Consulta Adolescente/ Habitante Año 10-19 años Total				
Consulta Adulto/ Habitante > 15 años Total	0,34	0,37	0,44	0,48
Consulta Adulto Mayor/ Habitante Año > 65 años				
Consulta Urgencia/ Habitante Año	0,40	0,38	0,39	0,40
Consulta de la Mujer/ Habitante Año Mujer 15 años Total	0,11	0,11	0,11	0,10
Consulta Maternal/ Nacido Vivo en Maternidad	1,59	1,88	1,84	1,84
Camas Dotación por 1.000 Habitantes Total	1,02	0,91	10,00	0,94
Camas en Trabajo por 1.000 Habitantes Total				
Egresos por 100 Habitantes Total	4,84	3,89	3,77	3,77
Intervenciones Quirúrgicas Mayores por 100 Habitantes Total	2,96	2,90	2,90	3,14
INDICADORES DE PRODUCCION - PRODUCTIVIDAD				
Total Consultas/ Consulta Urgencia	1,62	1,78	1,85	2,00
Total Consulta/ Egresos Hospitalarios	13,2	0,0	0,0	0,0
Total Consulta Nivel Primario/ Consulta Urgencia (SAPU)	3,00	3,37	3,29	3,25
Consulta Morbilidad/ Egresos Hospitalarios				
Consulta Morbilidad/Consulta Urgencia				
Consulta Morbilidad Nivel Primario/Consulta Urgencia (SAPU)				
Exámenes de Laboratorio por 100 Consultas*	214,60	196,25	189,52	189,81
Exámenes de Imagenología por 100 Consultas*	18,97	18,06	19,55	19,92
Intervenciones Quirúrgicas Mayores por 100 Egresos	30,65	37,27	38,43	41,56
Interv.s Quirúrgicas Electivas/Interv. Quir. Mayores Urgencia Mayores				
Promedio de Partos Diarios	38	38	37	37
Porcentaje de Partos Normales	69,92	65,25	65,14	66,61
Porcentajes de Cesareas	22,09	25,85	25,49	22,75
Obstrucciones/ Extracciones Dentales		1,73	1,84	1,90
Consulta Repetidas Odontología General/Primera Consulta Odon. Gral		0,68	0,78	0,87
Cons. Repetidas Odontología Especialidad/ Primera Cons. Odon. Esp.				

*** Incluye Consultas y Controles, sin considerar Atención de Urgencia.**

Nota: 1. Los indicadores que no contienen información es por ausencia de dichos datos en los respectivos Anuarios Estadísticos.

Nota: 2. El dato de población ocupada corresponde a la población total del respectivo Servicio de Salud.

d) Descripción Presupuestaria- Financiera de la Red Asistencial antes de la incorporación del Hospital Padre Alberto Hurtado.

El Hospital Padre Alberto Hurtado fue inaugurado en noviembre del año 1998. No obstante no ha sido posible obtener la información presupuestaria y financiera para los años 1997 a 1999, razón por la cual el análisis de la situación base para la red asistencial asociada a este establecimiento se realizará para el año 2000, **a modo de información de contexto.**

La información para realizar el análisis se obtuvo del sistema SIGFE para los años 2006 al 2012, en tanto que para el período 2002 al 2005 se obtuvo información disponible en el Fondo Nacional de Salud. Se cuenta con información además de los años 2000 y 2001.⁴¹

La información para realizar el análisis se obtuvo de las siguientes fuentes:

- Años 2000 a 2001, Dirección de Presupuestos. Cabe precisar que según lo informado por dicho organismo, para los años anteriores al 2000 la Dirección de Presupuestos no dispone de información presupuestaria ni de ejecución a nivel de Servicios de Salud. Dado lo anterior, se ha solicitado al Fondo Nacional de Salud la información toda vez que dicho organismo era el responsable de consolidar la información del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- Años 2002 al 2005, Fondo Nacional de Salud.
- Años 2006 al 2012, Sistema SIGFE.

El análisis de la situación base se realizará para el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente en el caso del Hospital Padre Alberto Hurtado.

Para esta red se presenta un análisis de contexto para el año 2000, dado que a la fecha no se dispone de información del año 1998⁴² que corresponde al inicio de las operaciones del Hospital Padre Alberto Hurtado.

El análisis financiero de la línea base abarcará aspectos relativos a **presupuesto de ingresos y gastos**, revisando su nivel y composición (considerando para tal efecto el presupuesto final, esto es, el presupuesto inicial más todas las modificaciones presupuestarias realizadas durante el año 2002), **ejecución de ingresos y gastos** (considerando los ingresos percibidos y los gastos devengados), donde se revisará su nivel y composición y su comparación respecto al presupuesto autorizado para el período en estudio. Adicionalmente, se analizará el **resultado operacional**.

Para el análisis se usó el clasificador presupuestario vigente al año 2012, razón por la cual fue necesario compatibilizar el clasificador presupuestario del año 2000 de manera de llevar las cuentas de dicho año a su actual clasificación y hacerlas homologables para el análisis.

⁴¹ Información entregada por Dipres. Información de años anteriores se realizaba a nivel de Servicio de Salud en conjunto asignándose a cada Servicio de Salud por resolución del Nivel Central.

⁴² Noviembre 1998, inicio de actividades Hospital Padre Hurtado.

El análisis se realizará en cifras reales expresadas en moneda del mes de diciembre del año 2012. Para inflatar las series nominales se empleó la serie de IPC que publica el Instituto Nacional de Estadísticas⁴³.

i) Presupuesto de Ingreso y Gasto Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

• **Presupuesto de Ingreso**

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente contó en el año 2000 con un presupuesto de ingreso total equivalente a \$62,5 mil millones (en moneda de diciembre de 2012). El 92,1% del presupuesto de ingresos lo explicaban las **Transferencias Corrientes** (\$57,6 mil millones, de las cuales el 73,2% lo constituían las Transferencias asociadas al Pago por Prestaciones Valoradas – PPV - y Pago por Prestaciones Institucionales – PPI -, en tanto que las transferencia APS participaban con el 26,0% del total de las Transferencias Corrientes). Seguía en importancia los **Ingresos de Operación** con el 4,5% del total del presupuesto de ingresos (\$2,8 mil millones), luego aparece el **Saldo Inicial de Caja** que representaba un 1,5% del total (\$957 millones), en cuarto lugar aparecen las **Transferencias para Gastos de Capital** con un 1.1% del total (\$673 millones) y por último la **Recuperación de Préstamos** (u Operaciones de Años Anteriores como se denominaba entonces) con un 0,8% del total (\$494 millones).

El cuadro siguiente muestra el presupuesto de ingresos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente para el año 2000 a nivel de subtítulo, en moneda de diciembre del año 2012.

Cuadro nº 46:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
presupuesto de ingresos año 2000
(en moneda de dic. 2012)

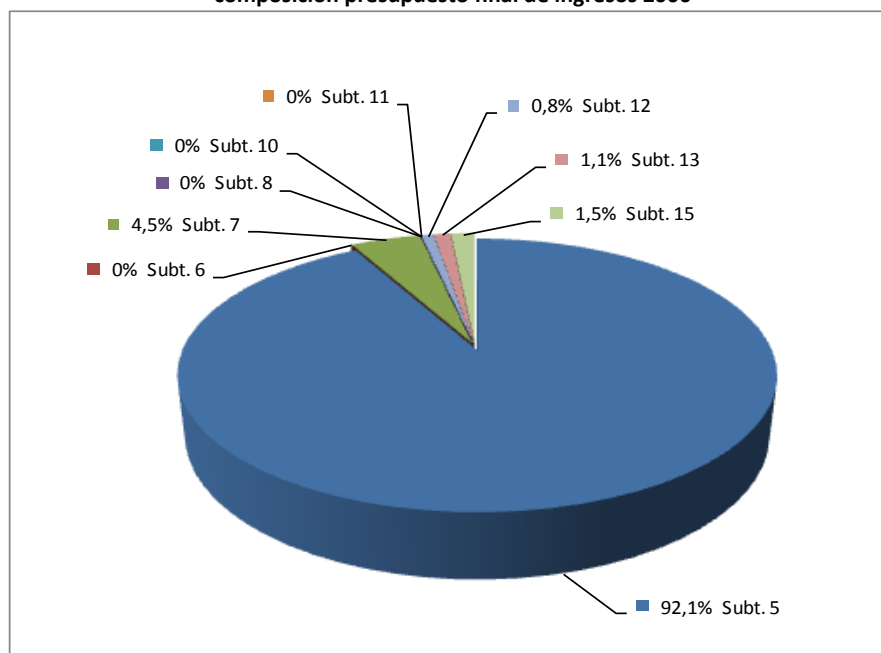
Subtítulo	Presupuesto Ingresos
Subt. 5 Transferencias Corrientes	57.552.500
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	0
Subt. 7 Ingresos de Operación	2.829.106
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	10.973
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	0
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0
Subt. 12 Recuperación Préstamos	494.238
Subt. 13 Transferencias Para Gastos Capital	673.671
Subt. 15 Saldo Inicial de Caja	957.594
Total	62.518.080

Fuente: Dirección de Presupuestos.

⁴³ Conforme el cambio metodológico implementado en el año 2010 por el INE para el cálculo del IPC, para la actualización de las cifras nominales se siguió la metodología contenida en el Decreto Supremo N° 322 del 28/12/2009, publicada en el Diario Oficial del día 29/01/2010.

Por su parte, el gráfico muestra la composición del presupuesto de Ingresos para el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente para el año 2000.

Gráfico 21
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
composición presupuesto final de ingresos 2000



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

- **Presupuesto de Gasto**

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente tuvo en el año 2000 un presupuesto de gasto total equivalente a \$61,8 mil millones (en moneda de diciembre de 2012). Su presupuesto de gasto se componía de un 50,4% para **Subtítulo 21 Gastos en Personal** (\$31,1 mil millones), seguido por el **Subtítulo 24 Transferencias Corrientes** con un 24,7% (\$15,3 mil millones), **Subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo** con un 19,2% (\$11,9 mil millones), en cuarto lugar **Subtítulo 23 Prestaciones de Seguridad Social** con un 2,7% (\$1,7 mil millones), seguido más de lejos por los **Subtítulos 35 Saldo Final de Caja**, **Subtítulo 34 Servicio de la Deuda** (anteriormente denominado Operaciones de años anteriores) y **Subtítulo 29 Adquisición Activos No Financieros** con un 1,6%, 1,0% y 0,3%, respectivamente.

El siguiente cuadro muestra el presupuesto de gastos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente para el año 2000 a nivel de subtítulo, en moneda de diciembre del año 2012.

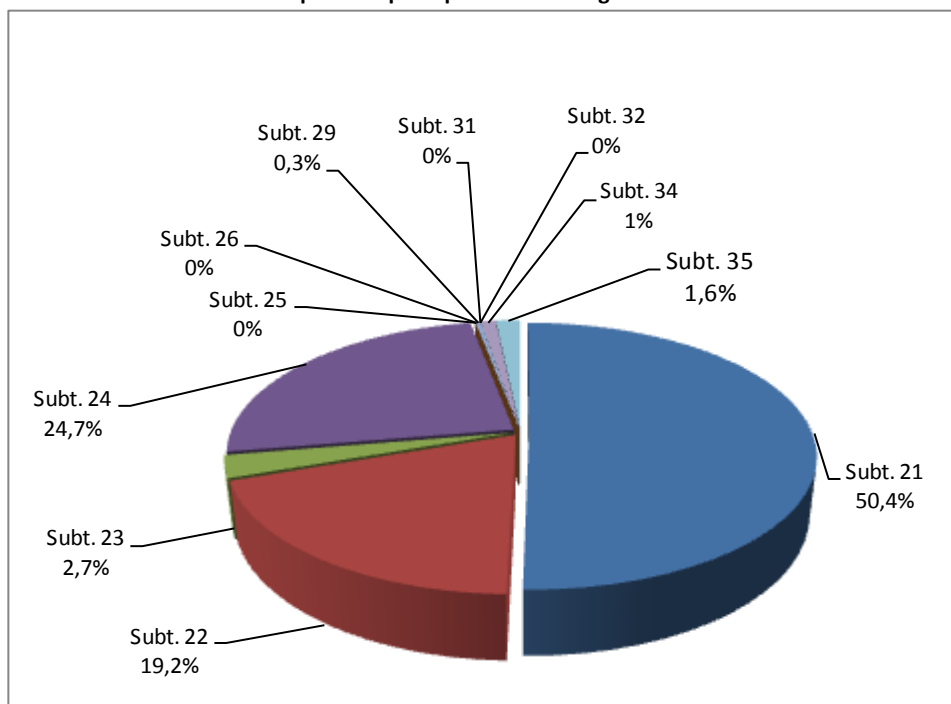
Cuadro nº 47:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
presupuesto de gastos año 2000
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	Presupuesto de Gastos
Subt. 21 Gastos en Personal	31.150.033
Subt. 22 Bienes y Servicios de Consumo	11.904.421
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	1.671.352
Subt. 24 Transferencias Corrientes	15.287.423
Subt. 25 Integros al Fisco	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0
Subt. 29 Adquisición Activos No Financ.	207.883
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	0
Subt. 34 Servicio de la Deuda	626.534
Subt. 35 Saldo Final de Caja	996.763
Total	61.844.410

Fuente: Dirección de Presupuestos

Por su parte, el gráfico muestra la composición del presupuesto de Gastos para el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente para el año 2000.

Gráfico 22:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
composición presupuesto final de gastos 2000



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

ii) **Ejecución de Ingreso y Gastos Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente**

• **Ejecución de Ingresos**

En el año 2000 el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente percibió un total de \$61,8 mil millones en ingresos (en moneda de diciembre de 2012), lo que significó una sub ejecución del 1,1% de los ingresos presupuestados (\$710 millones por debajo de lo presupuestado).

El mayor monto de sub ejecución se observó en el **subtítulo 15 Saldo Inicial de Caja** con \$958 millones que significó un 100% de sub ejecución respecto al presupuesto. Le sigue el **subtítulo 7 Ingresos de Operación** con \$497 millones que significó un 17,6% de sub ejecución y el **Subtítulo 12 Recuperación de Préstamos** con \$292,1 millones que significó un 50,1% de sub ejecución, respecto a lo presupuestado.

Por su parte, los **subtítulos 8 Otros Ingresos Corrientes**, **subtítulo 5 Transferencias Corrientes y subtítulo 6 Rentas de la Propiedad**, muestran sobre ejecución, esto es, que los ingresos percibidos se situaron por sobre lo presupuestado. En efecto, en dichos subtítulos la sobre ejecución alcanzó a \$514,3; \$513,6 y \$5,7 millones, respectivamente.

A continuación se muestra el presupuesto de ingresos, los ingresos percibidos, el porcentaje de ejecución y el monto de sub ejecución de los ingresos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente para el año 2000 a nivel de subtítulo, en moneda de diciembre del año 2012.

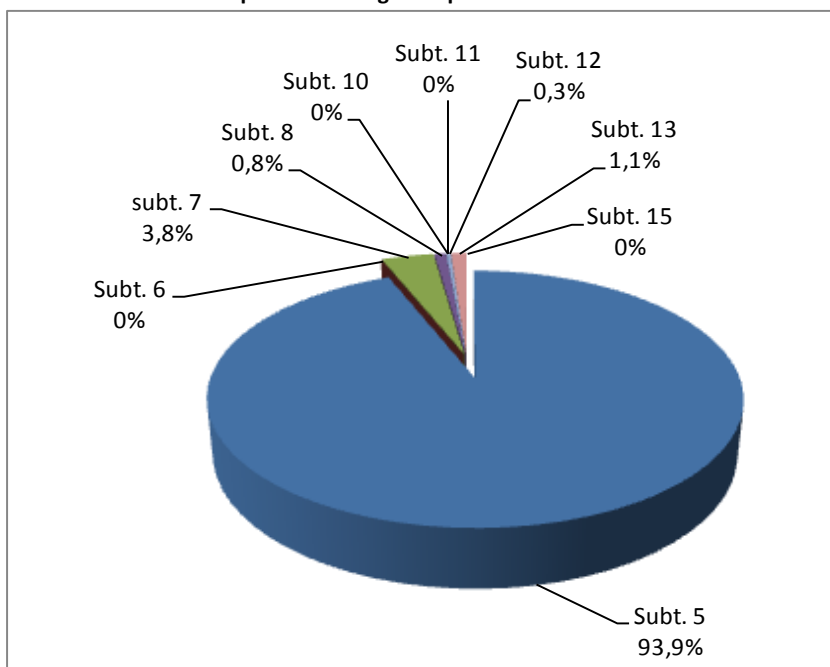
Cuadro nº 48
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
ejecución de ingresos percibidos año 2000
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2000			
	Presupuesto	Ingresos	%	Monto
	Ingresos	Percibidos	Ejecución	Subejecución
Subt. 5 Transferencias Corrientes	57.552.500	58.066.157	100,9%	-513.657
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	0	5.726	0,0%	-5.726
Subt. 7 Ingresos de Operación	2.829.106	2.331.645	82,4%	497.460
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	10.973	525.234	4786,4%	-514.261
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	0	3.008	-	-3.008
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0	0	0,0%	0
Subt. 12 Recuperación Préstamos	494.238	202.112	40,9%	292.125
Subt. 13 Transferencias Para Gastos Capital	673.671	673.671	100,0%	0
Subt. 15 Saldo Inicial de Caja	957.594	0	0,0%	957.594
Total	62.518.080	61.807.553	98,9%	710.527

Fuente: Dirección de Presupuestos

Por su parte, el gráfico muestra la composición de la ejecución de Ingresos para el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente para el año 2000.

Gráfico 23:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
composición de ingresos percibidos 2000



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

- **Ejecución de Gastos**

En el año 2000 el Servicio de Salud Metropolitano Oriente devengó un total de \$62,3 mil millones en gastos (en moneda de diciembre de 2012), lo que significó una sobre ejecución del 0,8% respecto del presupuesto de gastos, equivalente a \$496,2 millones de mayor gasto por sobre lo presupuestado.

El mayor monto de sobre ejecución se observó en el **subtítulo 21 Gasto en Personal** con \$1,97 mil millones que representó un 6,3% de sobre ejecución. Le sigue el **subtítulo 24 Transferencias Corrientes** con \$515,2 millones que significó un 3,4% de mayor gasto respecto al presupuesto, el **subtítulo 23 Prestaciones de Seguridad Social** con \$374,7 millones que equivale a un 22,4% de sobre ejecución y el **subtítulo 29 Adquisición de Activos no Financieros** con \$219,0 millones que corresponde a un 105,4% de sobre ejecución, respecto a lo presupuestado.

Por su parte, los subtítulos que muestran sub ejecución, esto es, que los gastos devengados se situaron por debajo lo presupuestado, corresponden al **subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo** con \$1,5 mil millones que equivale a un 12,5% de sub ejecución, **subtítulo 35 Saldo Final de Caja** con \$996,7 millones que significó un 100% de sub ejecución y el **subtítulo 34 Servicio de la Deuda** con \$93,4 millones que equivalen a un 14,9% de sub ejecución.

A continuación se muestra el presupuesto de gastos, los gastos devengados, el porcentaje de ejecución de los gastos y el monto de sub ejecución de los gastos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente para el año 2000 a nivel de subtítulo, en moneda de diciembre del año 2012.

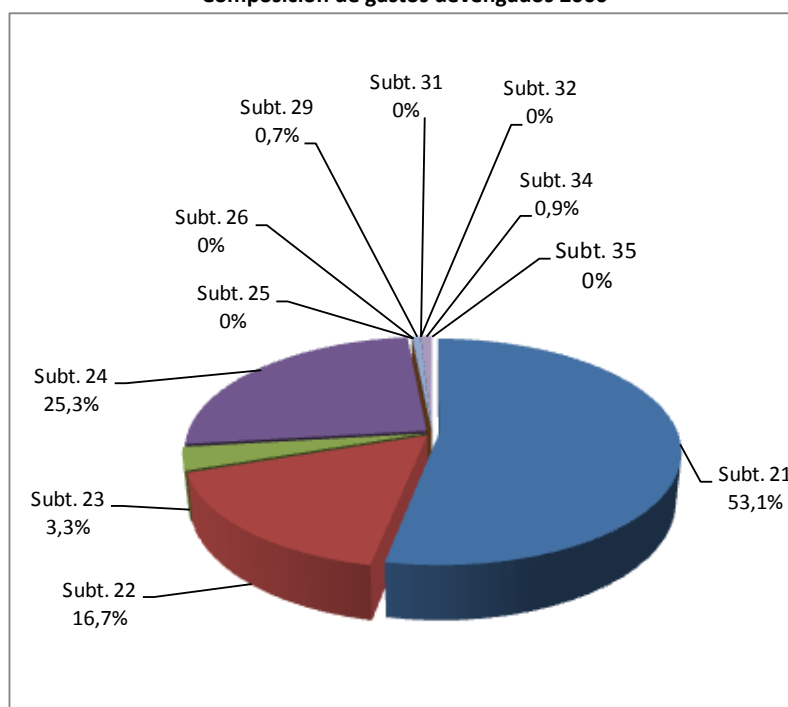
Cuadro nº 49:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
ejecución de gastos devengados año 2000
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2000			
	Presupuesto	Gastos	%	Monto
	Gastos	Devengados	Ejecución	Subejecución
Subt. 21 Gastos en Personal	31.150.033	33.121.167	106,3%	-1.971.134
Subt. 22 Bienes y Servicios de Consumo	11.904.421	10.410.701	87,5%	1.493.721
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	1.671.352	2.046.059	122,4%	-374.707
Subt. 24 Transferencias Corrientes	15.287.423	15.802.679	103,4%	-515.256
Subt. 25 Integros al Fisco	0	0	0,0%	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0	0	0,0%	0
Subt. 29 Adquisición Activos No Financ.	207.883	426.920	205,4%	-219.037
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	0	0	0,0%	0
Subt. 32 Préstamos	0	0	0,0%	0
Subt. 34 Servicio de la Deuda	626.534	533.125	85,1%	93.409
Subt. 35 Saldo Final de Caja	996.763	0	0,0%	996.763
Total	61.844.410	62.340.651	100,80%	-496.242

Fuente: Dirección de Presupuestos

El gráfico muestra la composición de la ejecución de gastos (gastos devengados) para el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente en el año 2000. Se observa que no existe una variación significativa en la composición de los gastos devengados respecto de la composición del presupuesto de gastos.

Gráfico 24:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Composición de gastos devengados 2000



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

iii) Resultado Operacional

El Resultado Operacional mide la capacidad de un establecimiento de financiar su operación, es decir, de financiar sus gastos operacionales con sus ingresos de operacionales. Una sana administración financiera sería aquella que mantiene el resultado operacional en torno a cero, puesto que ello indica que no está generando deuda en su operación y, alternatively, no está dejando sin ejecutar ingresos ofreciendo menos prestaciones a sus beneficiarios⁴⁴.

El Resultado Operacional se define como la diferencia entre los ingresos y los gastos operacionales, esto es, descontando de la ejecución aquellas partidas de ingresos y gastos que no dicen relación con la operación habitual de los establecimientos. En esta categoría se encuentra, por el lado de los **ingresos**, las Transferencias Corrientes APS (asignación 05-02-007) y la Transferencias para Gastos de Capital (subtítulo 13). A su turno, por el lado de los **gastos** caen en esta categoría las Transferencias Corrientes APS (asignación 24-03-298), la Adquisición de Activos No Financieros (Subtítulo 29) e Iniciativas de Inversión (subtítulo 31).

Si bien, calcular el Resultado Operacional de la forma antes descrita puede generar un error en la estimación (ya sea por una subestimación de los ingresos al descontar la totalidad de la asignación 05-02-007 dado que dentro de dicha asignación se incluyen recursos que van destinados a financiar actividad operacional de los establecimientos del servicio, o bien, una subestimación de los gastos al descontar la totalidad del subtítulo 29, obviando el hecho que parte de dicho gasto se financia con ingresos operacionales del servicio), la magnitud del error es irrelevante y por tanto los resultados no se ven alterados. En efecto, para el año 2001 los recursos APS destinados a Reforzamiento del Servicio representaron sólo el 0,2% del presupuesto total.

Es necesario indicar que la administración financiera constituye una herramienta para el logro de los objetivos institucionales y no es un fin en sí mismo. En efecto, una administración puede decidir generar resultados operacionales positivos puesto que está interesada en generar recursos para inversión (en infraestructura o equipamiento), sin embargo, esta situación no es sostenible en el tiempo, puesto que ello implica por lo general un nivel de producción inferior al potencial y lo que sería más complejo, inferior a los requerimientos de la población beneficiaria, lo que se podría reflejar en un incremento de las listas de espera.

En el siguiente cuadro se presenta el resultado operacional para el año 2000 del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

⁴⁴ Es posible sostener que el endeudamiento constituye un mecanismo de financiamiento en cualquier actividad productiva. En el caso particular del sector salud, el nivel de deuda “aceptable” será aquel que no genera riesgos para la operación del establecimiento (desabastecimiento por no despacho de los proveedores, sobreprecios debido a períodos excesivamente largos de pago, etc.).

Cuadro nº 50
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Resultado operacional año 2000
(en moneda de dic. 2012)

Componente	2000
Ingresos Operacionales	45.799.672
Gastos Operacionales	46.579.521
Resultado Operacional	-779.848
% sobre ingresos operación	-1,70%
% sobre Subtítulo 22	-7,49%

Fuente: Elaboración propia en base a información de Dirección de Presupuestos.

En el año 2000 el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente evidenció un Resultado Operacional negativo (déficit operacional) equivalente a \$779,8 millones (en moneda de dic. 2012). Dicho nivel equivale a un 1,7% del total de los ingresos de operación y representa un 7,5% del gasto devengado en el subtítulo 22 para ese año.

Este nivel de resultado operacional está dentro de niveles aceptables toda vez que éste se podría ver reflejado en un nivel de deuda que equivale a menos de un mes de gasto del subtítulo 22, o bien, lo que es lo mismo, una “antigüedad” promedio de la deuda menor a 30 días (se habla en condicional toda vez que ello depende de la gestión que realice el servicio con sus eventuales superávit no operacional. En efecto, el déficit global del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente para este año alcanzó a \$533 millones en moneda de diciembre de 2012, lo que indica que el Servicio está haciendo uso de ingresos no operacionales para financiar los gastos de la actividad operacional.

3.2. Situación Ex Ante del Servicio de Salud Metropolitano Oriente

En este SS la fase ex ante es semejante a la existente en el SSMSO, en cuanto el único establecimiento hospitalario de mediana y alta complejidad para los pacientes beneficiarios se concentraba en el Hospital del Salvador; este establecimiento recibía toda la derivación de los establecimientos de la APS y de allí se derivaban a los pacientes que requerían atención especializada en los Institutos del SSMO.

Un elemento distintivo de esta red es que la atención pediátrica se realiza toda en el Hospital Luis Calvo Mackenna, concentrándose el Hospital del Salvador sólo en la atención de adultos.

Por su parte, la mayor parte de los partos de pacientes beneficiarias que se atendían en la red pública, provenían de las comunas con menores ingresos de ese SS, es decir, aquellas del sector oriente y sur: Peñalolén, Macul, Ñuñoa y en menor grado La Reina y Lo Barnechea; y el H. Del Salvador se ubica en plena comuna Providencia. Por otro lado parte de las beneficiarias Fonasa que debían atender sus partos y eran del sector más sur del SS (Peñalolén), por tema de distancia, se dirigían al Hospital Sótero del Río, perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Estos hechos fueron uno de los elementos a considerar con el traslado de la maternidad al nuevo establecimiento del sector Peñalolén.

a) Descripción de la Red

La Red Asistencial Oriente estaba compuesta por establecimientos de Atención Primaria de las comunas asignadas que entregaban atención ambulatoria, además de centros de atención secundaria y un centro de atención hospitalaria de referencia para todas las comunas del Servicio de Salud. Los establecimientos de la red correspondían a los siguientes:

- **Consultorios Adosados:** Hospital Del Salvador, Hospital L.C. Mackenna, I.N.E.R. y C.T., Instituto de Neurocirugía, Instituto P.A. Cerda, C.R.S. Cordillera.
- **Consultorios Generales Urbanos:** Cons. H. Alessandri, Cons. El Aguilucho, Cons. Apoquindo, Cons. A. Ariztía, Cons. Lo Barnechea, Cons. Vitacura, Cons. R. Renard, Cons. S. Bustos, Cons. Sta. Julia, Cons. F. de Amesti, Cons. La Faena, Cons. C. Urzúa, Cons. Lo Hermida, Cons. San Luis, Cons. La Reina.
- **Posta:** Posta Ñuñoa.

Los establecimientos de la Red, de **mayor complejidad** en los años 1995 a 2002 fueron el Hospital del Salvador, Instituto de Geriátrica, Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), Instituto del Tórax, Instituto de Neurocirugía, Hospital Calvo Mackenna e Instituto Pedro Aguirre Cerda

A su vez la distribución de la Red por comuna era la siguiente:

Cuadro nº 51:
Distribución de la Red Asistencial Por Comuna
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

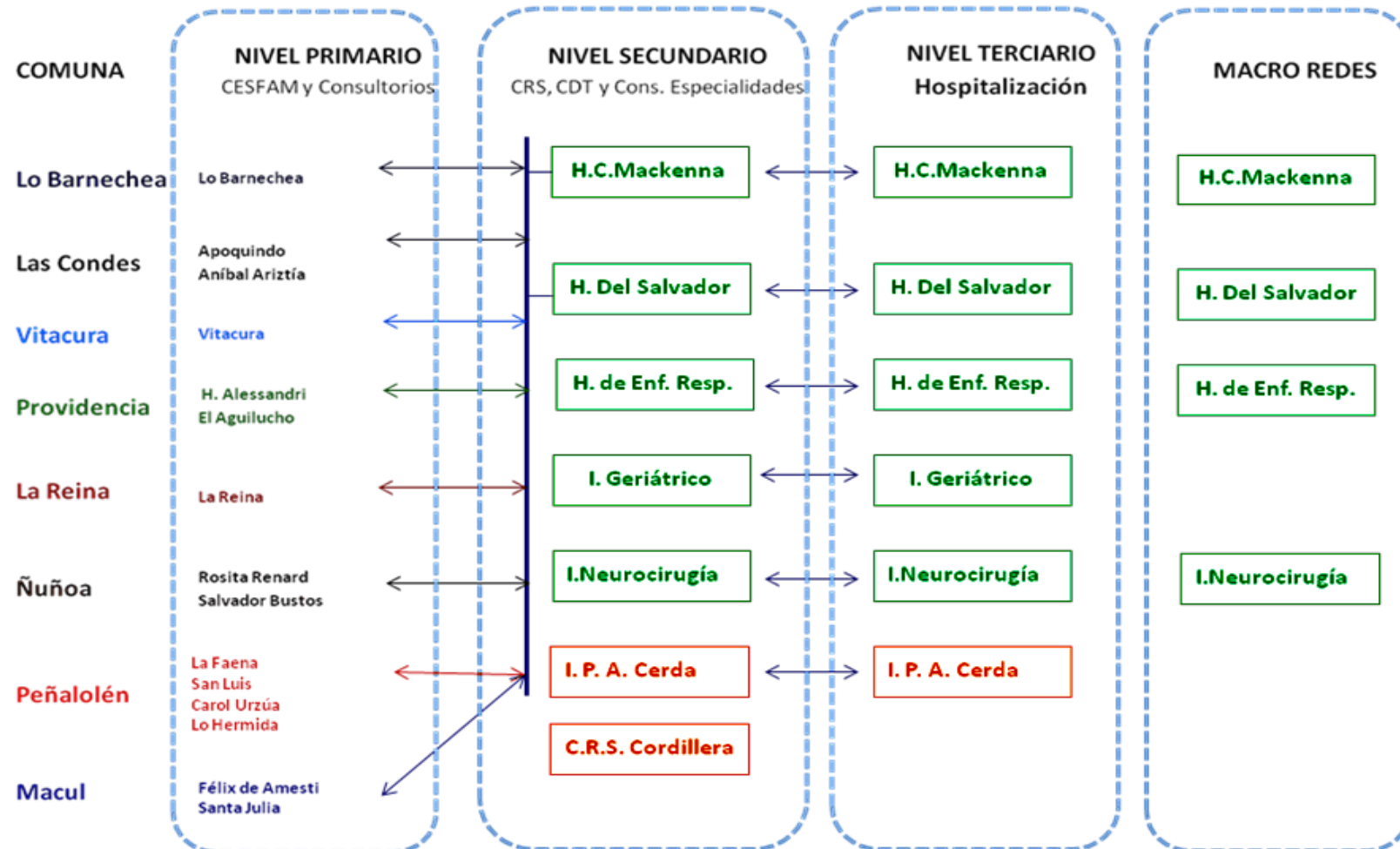
Comuna	Establecimiento de Atención Primaria
Lo Barnechea	Consultorio Lo Barnechea
Las Condes	Consultorio Apoquindo Consultorio Anibal Ariztía
La Reina	Consultorio La Reina
Providencia	Consultorio Hernán Alessandri Consultorio el Aguilucho
Ñuñoa	Consultorio Salvador Bustos Consultorio Rosita Renard Posta Ñuñoa
Macul	Consultorio Santa Julia Consultorio Félix de Amesti
Peñalolén	Consultorio San Luis Consultorio La Faena Consultorio Lo Hermida Consultorio Carol Urzúa
Vitacura	Consultorio Vitacura

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Las siguientes ilustraciones grafican las referencias y contra-referencias de la Red Electiva y de Urgencia SSMO en el período ex ante. Ambas muestran que los establecimientos de nivel terciario referencian al nivel secundario para control post hospitalización, y que este segundo nivel contrarreferencia al nivel primario.

Ilustración 4

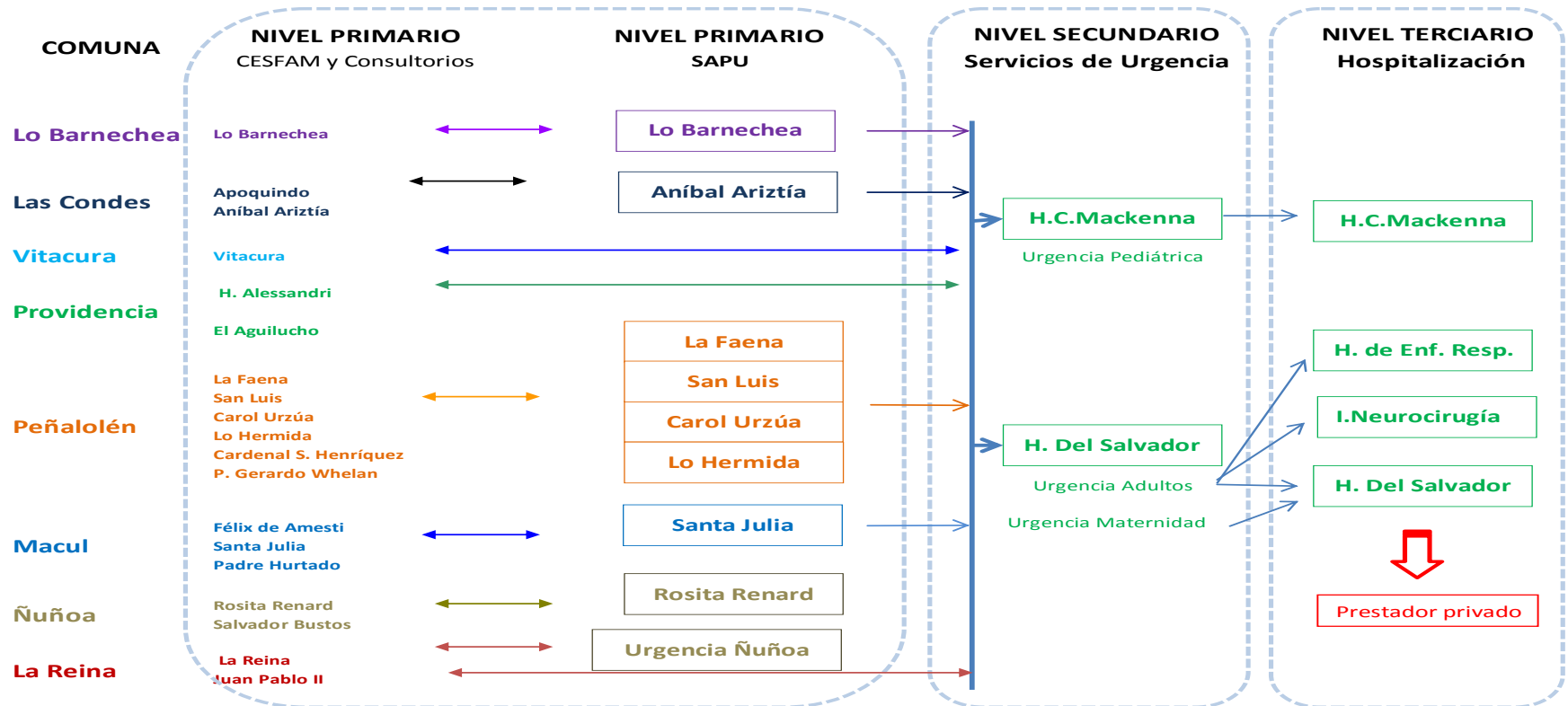
Referencia y Contra – referencia de la Red Electiva del SSMO Fase Ex Ante



Fuente: Elaboración propia

Ilustración 5

Referencia y Contra - referencia Red de Urgencia del SSMO Fase Ex Ante

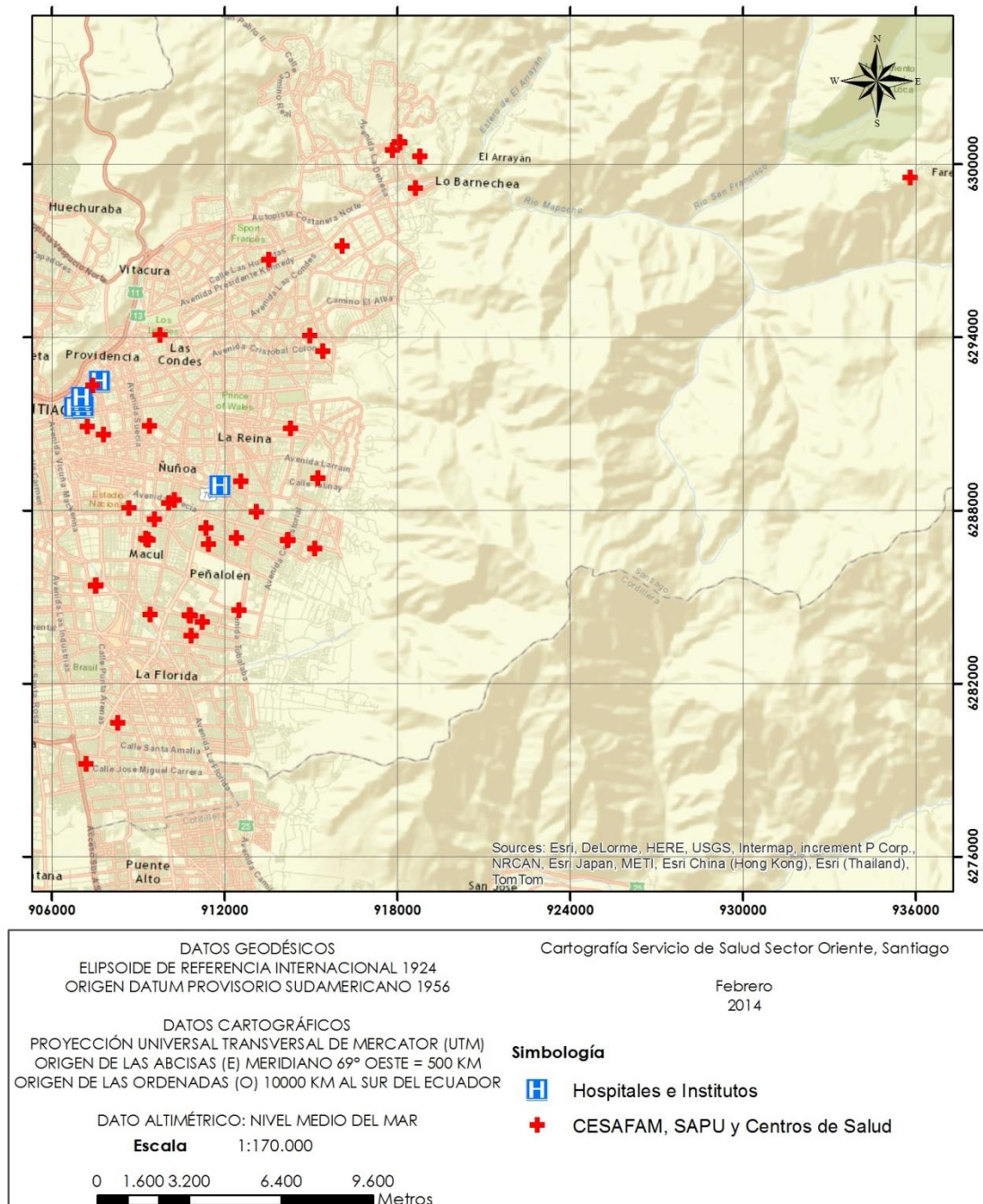


Fuente: elaboración propia

b) Área de Influencia del SSMO

La siguiente ilustración grafica los establecimientos de APS de la Red del SSMO y su derivación al Hospital Base.

Ilustración 6: Centros de Salud Sector Oriente, Santiago



Antecedentes demográficos del Área de Influencia

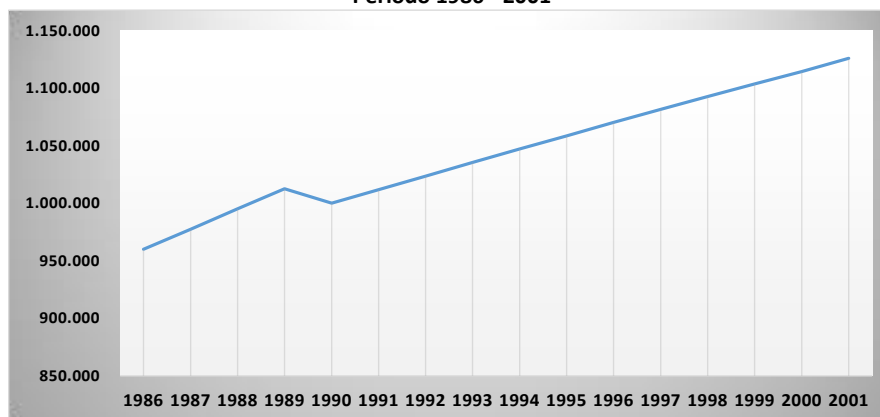
La población estimada del área de influencia del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, se mantiene con un leve crecimiento de un 1% anual a partir del año 1991 hasta 2001, luego de una disminución en el periodo 1986 – 1990.

Cuadro nº 52:
Población Estimada
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Período 1986 - 2001

POBLACIÓN ESTIMADA SERVICIO DE SALUD 1986 -2001		
AÑO	Nº	Tasa de Crecimiento Anual
1986	960.191	
1987	977.474	2%
1988	995.251	2%
1989	1.012.712	2%
1990	1.000.306	-1%
1991	1.011.890	1%
1992	1.023.738	1%
1993	1.035.642	1%
1994	1.047.383	1%
1995	1.058.753	1%
1996	1.070.392	1%
1997	1.081.747	1%
1998	1.092.887	1%
1999	1.103.839	1%
2000	1.114.633	1%
2001	1.126.235	1%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 25
Población Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Período 1986 - 2001



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

En el análisis de esta Red Asistencial se ha considerado el **2001 como año base** y como **visión de contexto**, la serie de población Fonasa 1995- 2001 (fecha de inicio del nuevo proyecto) con la intención de visualizar la situación de la Red en el mismo año de incorporación del nuevo establecimiento.

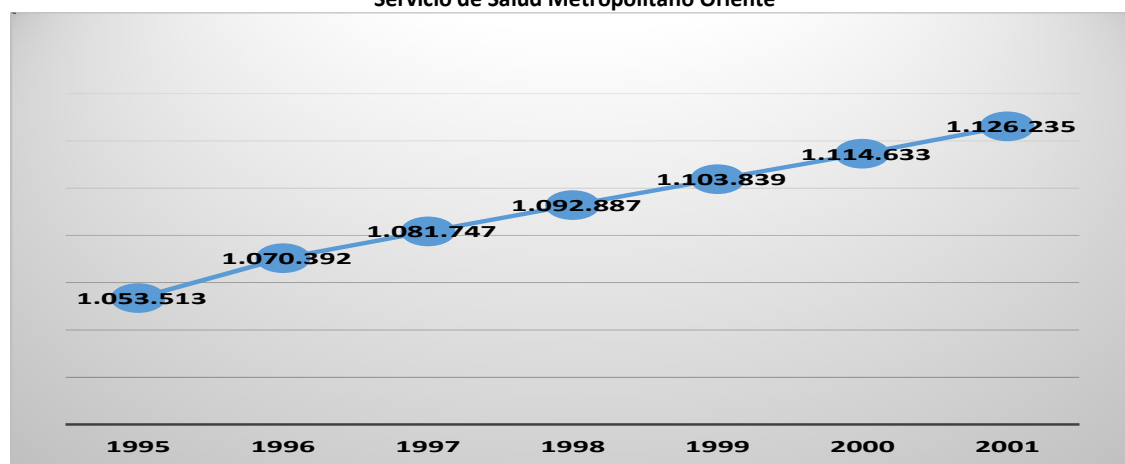
El Servicio de Salud Metropolitano Oriente tenía para el año 2001 una **población estimada** de 1.126.235 habitantes y una **población potencial Fonasa** de 593.271⁴⁵ hab. Estos correspondían a 8 comunas: Providencia, Las Condes, Vitacura, Lo Barnechea, Ñuñoa, Macul, Peñalolén y La Reina. Las Condes era la comuna con mayor población estimada, seguida de Peñalolén, Ñuñoa y Macul, las cuales concentraban el 67% de la población total.

Cuadro nº 53
Población Total Estimada⁴⁶ Por Comuna
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

COMUNAS	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
SSMO	1.053.513	1.070.392	1.081.747	1.092.887	1.103.839	1.114.633	1.126.235
Providencia	105.696	110.103	109.324	108.573	107.832	107.098	106.639
Las Condes	215.431	220.025	222.886	225.682	228.434	231.147	232.814
Vitacura	83.358	82.754	83.510	84.238	84.955	85.659	86.419
Lo Barnechea	55.659	64.216	66.009	67.777	69.513	71.226	73.895
Ñuñoa	173.651	173.347	173.765	174.196	174.613	175.034	175.393
Macul	125.095	123.279	124.223	125.166	126.087	126.998	127.766
Peñalolén	198.516	199.194	203.011	206.732	210.397	214.002	218.690
La Reina	96.107	97.474	99.019	100.523	102.008	103.469	104.619

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente. La población chilena por edad y sexo es estimada desde 1990 hasta el año 2020, basada en el Censo 2002 y elaborada a nivel nacional, regional y comunal por el Instituto Nacional de Estadísticas, I.N.E.

Gráfico 26
Estimación de la Población Total
Período 1995 – 2001
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

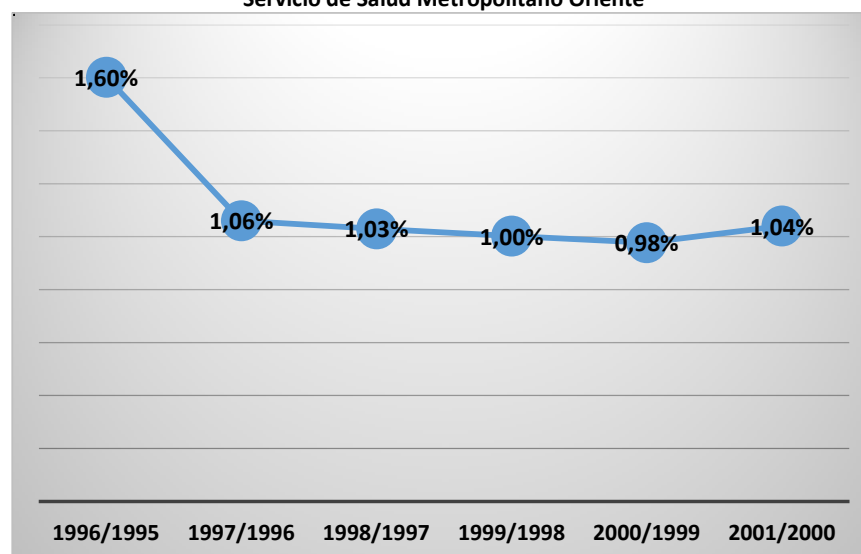
⁴⁵ Valores estimados

⁴⁶ Población Total estimada de las comunas que son atendidas por el Servicio de Salud. (beneficiarios, Isapres, particulares, sin previsión)

Las comunas de Las Condes y Peñalolén concentraban, el 40% del total de la población estimada del respectivo servicio.

Respecto de la **Tasa de Crecimiento de la población estimada**, esta expresa un descenso importante el año 1996 respecto del 1995, estabilizándose en torno al 1% anual entre 1997 – 2001.

Gráfico 27
Tasa de Crecimiento
Estimación de Población Anual
Período 1995 – 2001
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Considerando la **distribución etaria** de la población estimada, cabe destacar que el 76% se encuentra en los tramos de 15 años y más. Ello responde al perfil demográfico de la población en Chile, que expresa un proceso progresivo de envejecimiento de la población.

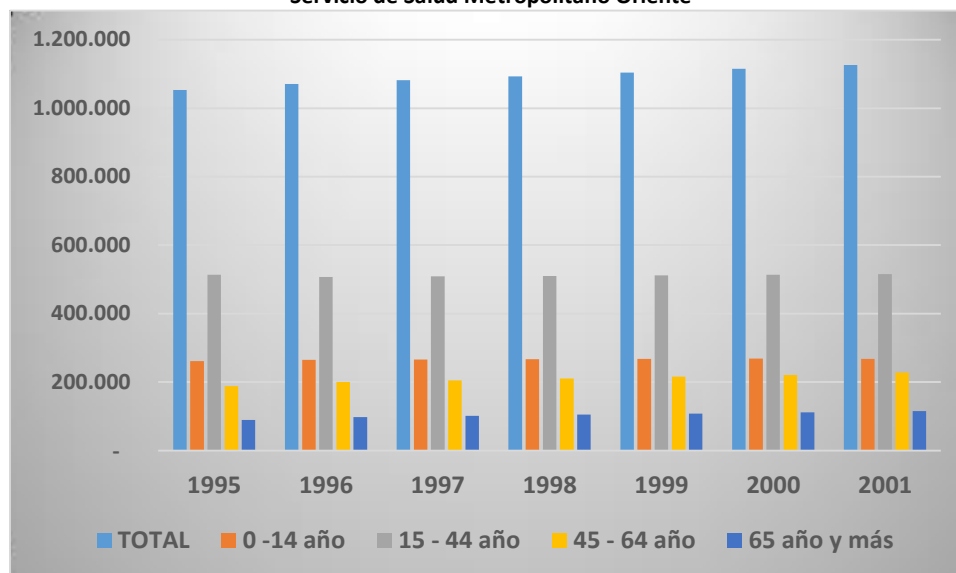
A su vez, del mismo modo, la comuna de Providencia se encontraba para el año 2001, por sobre el promedio del servicio en lo que respecta a porcentaje de población estimada mayor del 15 años, con una cifra de 84%, seguida de Vitacura con un 80%, Las Condes con un 79%, Ñuñoa con un 78%, La Reina con un 76%, Macul con un 75%, Lo Barnechea con un 72% y Peñalolén con un 70%, siendo esta última, en términos relativos la más joven del Servicio de Salud.

Cuadro nº 54
Estimación de Población y Participación Porcentual Por Tramo de Edad
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

TRAMO ETARIO	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
TOTAL	1.053.513		1.070.392		1.081.747		1.092.887		1.103.839		1.114.633		1.126.235	
0 -14	261.673	24,8%	265.238	24,8%	266.206	24,6%	267.150	24,4%	268.080	24,3%	268.995	24,1%	267.649	23,8%
15 - 44	513.592	48,8%	507.001	47,4%	508.594	47,0%	510.160	46,7%	511.698	46,4%	513.204	46,0%	515.336	45,8%
45 - 64	188.580	17,9%	199.991	18,7%	205.318	19,0%	210.549	19,3%	215.687	19,5%	220.757	19,8%	227.917	20,2%
65 y más	89.668	8,5%	98.162	9,2%	101.629	9,4%	105.028	9,6%	108.374	9,8%	111.677	10,0%	115.333	10,2%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 28:
Estimación de Población Por Tramo de Edad
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Respecto de la **población estimada por establecimiento asistencial**, esta se distribuye de la siguiente manera para el año Base 2001:

Cuadro nº 55:
Población Total Por Grupos Etarios y Establecimientos
Servicios de Salud Metropolitano Oriente
Año 2001

ESTABLECIMIENTOS	TOTAL	0 - 14 AÑOS						15 AÑOS Y MÁS					
		SUBTOTAL	> 1 AÑO	12-23 MESES	2-5 AÑOS	6-9 AÑOS	10-14 AÑOS	SUBTOTAL	15-19 AÑOS	20 - 44 AÑOS	45 - 59 AÑOS	60 - 64 AÑOS	65 Y + AÑOS
TOTAL SERVICIOS	1.126.235	267.649	16.568	16.538	67.374	77.964	89.205	858.586	87.230	428.106	184.739	43.178	115.333
Hernan Alessandri	91.301	14.846	1.386	1.405	3.458	3.540	5.057	76.455	5.857	33.601	16.423	4.235	16.338
El Aguilucho	15.338	2.494	233	236	581	595	849	12.844	984	5.645	2.759	712	2.745
Apoquindo	73.236	15.615	1.061	1.079	4.679	3.444	5.352	57.621	5.760	27.426	13.058	3.016	8.362
Anibal Ariztia	159.578	34.024	2.313	2.351	10.194	7.504	11.662	125.554	12.550	59.760	28.452	6.572	18.219
Lo Barnechea	73.895	20.692	1.012	1.004	4.176	7.931	6.569	53.203	6.486	29.807	12.246	1.700	2.964
Vitacura	86.419	17.631	1.278	1.245	4.878	4.279	5.951	68.788	6.592	33.007	15.757	4.047	9.385
Rosita Renard	96.705	20.868	1.205	1.193	5.185	5.962	7.323	75.836	7.258	34.143	16.236	4.060	14.139
Salvador Bustos	78.688	16.981	981	970	4.219	4.852	5.959	61.708	5.906	27.782	13.212	3.303	11.505
Santa Julia	59.361	15.107	749	760	3.576	5.045	4.976	44.254	4.448	23.014	9.293	2.303	5.197
Félix de Amesti	68.405	17.408	864	876	4.121	5.813	5.735	50.997	5.126	26.520	10.709	2.653	5.988
La Faena	37.437	11.416	706	698	2.908	3.483	3.620	26.021	2.977	15.031	4.937	1.132	1.943
Carol Urzua	71.668	21.854	1.352	1.336	5.568	6.668	6.931	49.814	5.699	28.775	9.452	2.168	3.720
San Luis	58.320	17.784	1.100	1.087	4.531	5.426	5.640	40.536	4.638	23.416	7.692	1.764	3.027
Lo Hermida	51.265	15.633	967	955	3.983	4.770	4.958	35.632	4.077	20.583	6.761	1.550	2.661
La reina	104.619	25.296	1.361	1.343	5.317	8.652	8.623	79.323	8.872	39.597	17.752	3.963	9.139

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Cuadro nº 56:
Distribución de la Población Por Establecimiento de Atención Primaria
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Año Base 2001

ESTABLECIMIENTOS	TOTAL	0 - 14 AÑOS	15 AÑOS Y +	
TOTAL SERVICIOS	1.126.235	267.649	858.586	%
ESTABLECIMIENTOS	TOTAL	0 - 14 AÑOS	15 AÑOS Y +	% > 15 años
Hernan Alessandri	91.301	14.846	76.455	84%
El Aguilucho	15.338	2.494	12.844	84%
Apoquindo	73.236	15.615	57.621	79%
Anibal Ariztia	159.578	34.024	125.554	79%
Lo Barnechea	73.895	20.692	53.203	72%
Vitacura	86.419	17.631	68.788	80%
Rosita Renard	96.705	20.868	75.836	78%
Salvador Bustos	78.688	16.981	61.708	78%
Santa Julia	59.361	15.107	44.254	75%
Félix de Amesti	68.405	17.408	50.997	75%
La Faena	37.437	11.416	26.021	70%
Carol Urzua	71.668	21.854	49.814	70%
San Luis	58.320	17.784	40.536	70%
Lo Hermida	51.265	15.633	35.632	70%
La Reina	104.619	25.296	79.323	76%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Como se desprende del cuadro anterior, el Consultorio Hernán Alessandri junto al Centro de Salud Familiar tenían un 84% de participación de población mayor a 15 años, ambos ubicados en la comuna de Providencia.

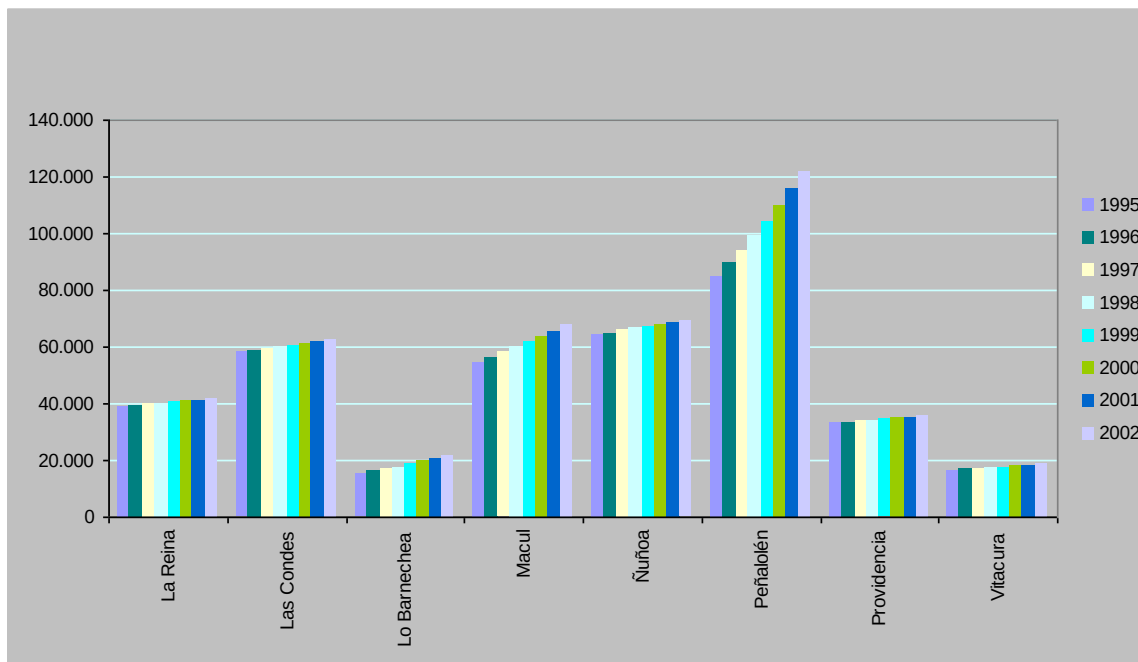
Por otra parte, los establecimientos de Atención Primaria La Faena, Carol Urzúa, San Luis, Lo Hermida tenían una participación del 70% de población estimada mayor a 15 años, consistente con una comuna que integra población nueva a partir del incremento de proyectos inmobiliarios.

Población Beneficiaria (FONASA⁴⁷) de Red Oriente

Se ha estimado que de la población total asignada a la Red Oriente, la **población FONASA distribuida según grupo etario**, es la que se muestra en el siguiente gráfico, donde la mayor proporción corresponde a población infantil y adulta, seguida por la población adolescente muy seguida por la Adulta Mayor en crecimiento.

⁴⁷ Estimación según antecedentes DEIS en cruce con información INE.

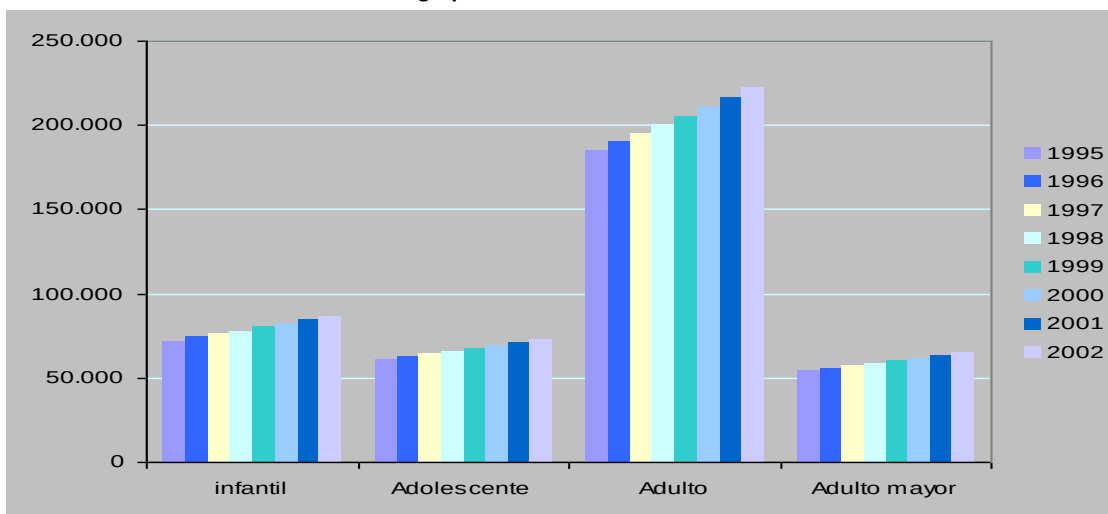
Gráfico 29
Población FONASA de Red Asistencial Oriente
Por comuna Período 1995 – 2002



Fuente: Elaboración propia.

La **Población Fonasa estimada** a ser atendida en la Red Asistencial Oriente de las comunas ya mencionadas, desde el año 1995 a 2002 se mantuvo relativamente estable, aumentando de 1995 al 2002 de un 34% a un 38% de la población total.

Gráfico 30:
Estimación Población FONASA de Red Asistencial Oriente
Por grupo etario Período 1995 – 2002



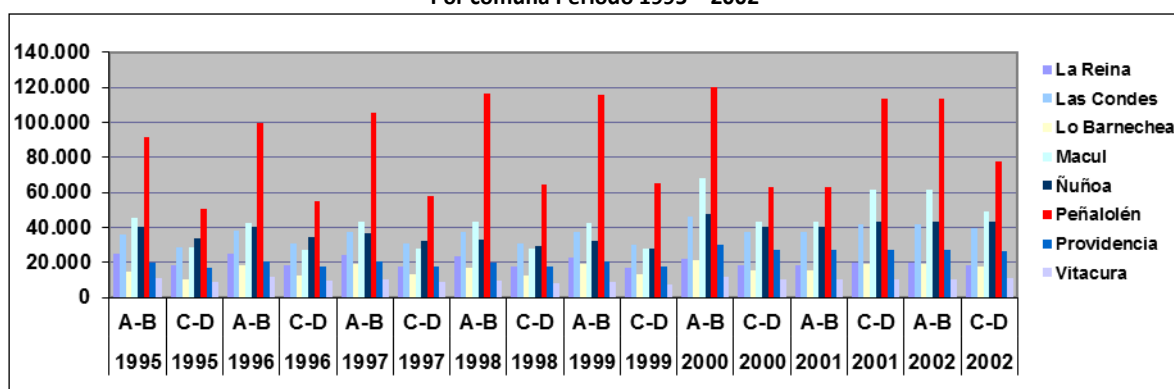
Fuente: Elaboración propia.

Tal como ya se indicó en relación al SSMSO, la población beneficiaria FONASA se distribuye según su nivel de ingresos en cuatro (4) Tramos;; Tramo A: Atención institucional gratuita; Tramo B:

Atención Institucional gratuita y con derecho a atenciones de libre elección, esto es recibiendo atención de prestadores tanto públicos como privados; Tramo C: Atención Institucional con un copago del 10%, más atención Libre elección; Tramo D: Atención Institucional con un copago del 20%, más atención Libre elección⁴⁸.

Al igual que para el análisis de comunas más pobres del SSMSO, en este caso se ha agrupado los beneficiarios Fonasa de las categorías A- B y C-D, identificándose en este caso que la comuna de Peñalolén es porcentualmente la con mayor cantidad de usuarios FONASA tramo A y B (población con menos ingresos o más pobres) del total de población beneficiaria, con un porcentaje promedio de un 34%

Gráfico 31
Distribución Población FONASA Beneficiaria Red Asistencial Oriente con y sin copago
Por comuna Período 1995 – 2002



Fuente: Elaboración propia.

Es importante señalar que la Red Asistencial del SSMSO además de hacerse cargo de la población beneficiaria asignada por las comunas indicadas anteriormente, daba respuesta o tenía la responsabilidad de **dar atención a pacientes referidos de todo el país, en especialidades de neurocirugía** (Instituto de Neurocirugía) **y cardiocirugía** (Instituto Nacional del Tórax).

c) Actividad asistencial: año base

El análisis de la actividad asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente considera el período 1995-2001, con información proveniente de los Boletines Estadísticos Anuales, elaborados por el respectivo Departamento de Estadística. Como ya hemos señalado, como año base para la actividad asistencial del Servicio de Salud se ha utilizado el año 2001, dado que el Hospital Luis Tisné comenzó su funcionamiento a fines del año 2002. Esta referencia es consistente con una visión ex ante de la situación asistencial de la Red Oriente. A continuación se muestran las principales actividades, considerando atención abierta y cerrada.

⁴⁸ Los datos sobre tipo de beneficiarios y porcentaje de copago según tramo, pueden encontrarse en el Cuadro nº 28 de la página 58.

i) Atención Abierta

Dentro de la atención abierta, se consideran los controles y consultas. A continuación se da cuenta de ello.

• Controles y Consultas

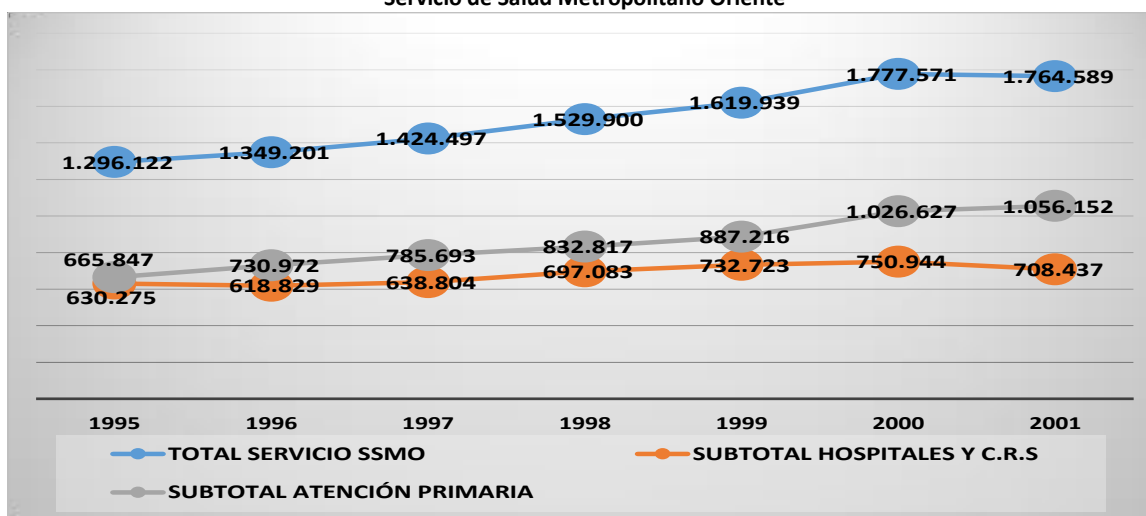
Del total de **Consultas Médicas** (Control y Morbilidad) el 60% se realiza en el nivel primario de atención, con la sola excepción del Programa de la Mujer, que tiene su mayor expresión en el nivel de Atención Secundaria, CRS y Terciario, Hospitales.

Cuadro nº 57
Total Consultas Médicas (Control y Morbilidad)
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

ESTABLECIMIENTOS	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL SERVICIO SSMO	1.296.122	1.349.201	1.424.497	1.529.900	1.619.939	1.777.571	1.764.589
SUBTOTAL HOSPITALES Y C.R.S	630.275	618.829	638.804	697.083	732.723	750.944	708.437
SUBTOTAL ATENCIÓN PRIMARIA	665.847	730.972	785.693	832.817	887.216	1.026.627	1.056.152

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 32
Control y Consultas
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Respecto de las **Consultas de Urgencia**, para el año 2001 un 66% se expresan en el nivel primario, SAPU. A su vez, éstas participan del 36% del total de Consultas a nivel de Servicio de Salud, seguida del Programa de Adulto, con 25% de participación, el programa de Niño con un 17%, el del Adulto Mayor con un 11%, el del Adolescente con un 6% y el de la Mujer con 4%.

A nivel Secundario de Atención son las Atenciones de Urgencia la que concentran la mayor participación con un 31%, seguido del Programa del Adulto con un 30% y la del Niño con un 14%.

Respecto del Nivel Primario, también las Consultas de Urgencia participan mayoritariamente con un 40%, seguido del Programa del Adulto con un 22% y la del Niño con un 18%.

En suma, las consultas (controles y morbilidad) reflejan el proceso de Transición Epidemiológica, que se exhibe a nivel país.

Otro aspecto a destacar es el alto porcentaje de Atenciones de Urgencia, que puede dar cuenta de una insuficiencia de atenciones a nivel primario.

Controles y Consultas por Comuna y Programa

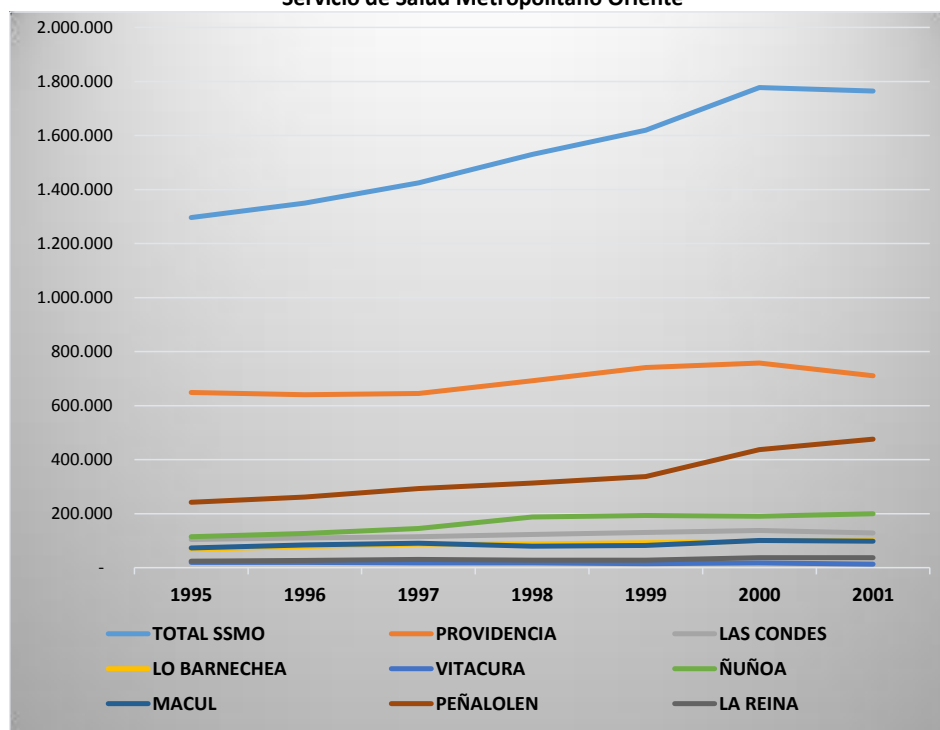
Como se observa en el siguiente cuadro, es la comuna de **Providencia** la que muestra una mayor participación en las consultas y controles a nivel de Servicio, con cifras que bordean el 45% promedio en el período 1995-2001. Le sigue en orden de participación la comuna de **Peñalolén** que parte con 19% de participación en 1995, llegando a un 27% el año 2001. El tercer lugar lo ocupa la comuna de **Ñuñoa** con 11% para el año 2001.

Cuadro nº 58
Consultas y Controles Totales Por Comuna
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

COMUNAS SSMO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL SSMO	1.296.122	1.349.801	1.424.497	1.529.900	1.619.939	1.777.571	1.764.589
PROVIDENCIA	649.006	640.392	645.418	692.268	740.937	757.481	711.022
	50%	47%	45%	45%	46%	43%	40%
LAS CONDES	104.577	110.304	114.837	123.280	130.248	138.226	128.219
	8%	8%	8%	8%	8%	8%	7%
LO BARNECHEA	68.117	78.943	86.762	87.854	92.402	97.958	100.752
	5%	6%	6%	6%	6%	6%	6%
VITACURA	19.543	19.514	18.086	17.550	15.422	17.706	13.315
	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
ÑUÑO A	115.142	126.935	145.354	187.569	193.056	190.894	199.454
	9%	9%	10%	12%	12%	11%	11%
MACUL	72.959	84.668	90.542	80.067	82.627	100.953	98.566
	6%	6%	6%	5%	5%	6%	6%
PEÑALOEN	242.044	261.924	292.927	313.100	337.589	437.016	476.303
	19%	19%	21%	20%	21%	25%	27%
LA REINA	24.734	27.121	30.571	28.212	27.658	37.337	36.958
	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 33:
Consultas y Controles Por Comuna
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

La comuna de **Providencia**, para el año 2001 concentraba el 93% de las Consultas y Controles de Nivel Secundario y Terciario del área de influencia del Servicio de Salud, contando con los establecimientos Hospitalarios en su ámbito territorial. En tanto, la comuna de **Peñalolén** participa de un 7% de las Consultas y Controles del Nivel Secundario a través del C.R.S. Cordillera.

A **Nivel Primario**, esta vez, es la comuna de Peñalolén la que concentra la actividad de Consultas y Controles con un 42% de participación, seguida de la comuna de Ñuñoa con un 19%, Las Condes con 12%, Lo Barnechea con un 10%, Macul con un 9%, Providencia con un 4% y La Reina con un 3%.

Cabe mencionar, que en área de influencia del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, en particular en la comuna de Providencia, existe una *importante presencia de Centros Médicos de Consultas y Exámenes particulares que no se encuentran en la Red de Servicios*. Ello, unido al nivel socio-económico de los habitantes de la comuna, explica la baja participación de la comuna de Providencia en el nivel Primario de Atención.

Cuadro nº 59
Total Consultas Médicas (Controles y Morbilidad) Según Comunas
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Año 2001

COMUNA	Número	%
NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO	708.437	100%
Providencia	660.265	93%
Peñalolén	48.172	7%
NIVEL PRIMARIO	1.056.152	100%
Providencia	39.300	4%
Las Condes	128.219	12%
Lo Barnechea	100.752	10%
Vitacura	13.315	1%
Ñuñoa	199.454	19%
Macul	98.566	9%
Peñalolén	439.588	42%
La Reina	36.958	3%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 34
Consultas Médicas y Controles Por Comuna
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Año 2001



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

El **análisis por programa** muestra que las comunas de Providencia, Peñalolén, Macul y Ñuñoa concentran alrededor del 80% de las actividades asociada al **Programa del Niño**.

Cuadro nº 60
Consultas y Controles Programa del Niño Por Comuna
Servicio Metropolitano Oriente

COMUNAS SS MO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL SS MO	268.836	276.413	271.910	269.849	263.856	279.642	305.281
PROVIDENCIA	96.291	97.864	95.180	96.273	90.652	86.688	95.887
LAS CONDES	19.270	19.839	16.692	16.097	17.669	20.041	18.845
LO BARNECHEA	17.979	17.909	16.661	16.966	17.635	17.389	20.265
VITACURA	3.904	3.876	3.272	2.919	1.833	1.815	2.102
ÑUÑO A	29.492	30.629	28.579	26.564	23.793	23.596	23.808
MACUL	31.110	34.440	35.142	31.033	29.311	32.200	30.670
PEÑALOLEN	61.472	63.518	67.535	72.260	75.960	88.109	103.102
LA REINA	9.318	8.338	8.849	7.737	7.003	9.804	10.602

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Durante el período 1995-2001, hubo incremento de un 13,6% en las Consultas y Controles del Programa del Niño, explicada principalmente por el incremento de un 67,7% de la comuna de Peñalolén y de un 13,8% de la comuna de La Reina y lo Barnechea con un 12,7%.

Respecto del **Programa del Adolescente**, las comunas de Providencia y Peñalolén concentran aproximadamente el 70% de las actividades.

Durante el período, el total de las Consultas y Controles del Adolescentes se incrementan en un 41%, destacándose la comuna de Peñalolén con un incremento de un 83%, la comuna de La Reina con un 78% y la comuna de Lo Barnechea con un 79%.

Cuadro nº 61
Consultas y Controles Programa del Adolescente Por Comuna
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

COMUNAS SS MO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL SS MO	72.620	71.672	78.597	78.872	92.116	107.784	102.200
PROVIDENCIA	36.051	30.626	34.182	33.260	42.368	46.015	46.279
LAS CONDES	3.958	4.839	4.893	4.668	5.884	6.302	4.401
LO BARNECHEA	3.637	4.422	4.585	5.527	6.617	6.604	6.501
VITACURA	749	964	972	941	763	805	737
ÑUÑO A	5.367	7.593	6.991	6.244	6.241	6.622	5.650
MACUL	5.964	6.807	8.054	7.088	7.547	10.171	7.762
PEÑALOLEN	15.339	14.969	17.399	20.088	20.663	28.481	28.103
LA REINA	1.555	1.452	1.521	1.056	2.033	2.784	2.767

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente

El **Programa de la Mujer** se expresa mayoritariamente en la comuna de Providencia, con una participación del 70% de las Consultas y Controles del Servicio en cada año del período 1995-2001.

El total de Consultas y Controles del Programa de la Mujer muestra un bajo incremento de solo un 1%. Sin embargo, las comunas de Peñalolén, La Reina y Las Condes, con un 159%, 114% y 51% respectivamente. El resto de las comunas disminuyen la actividad asistencial del Programa.

Cuadro nº 62
Consultas y Controles Programa de la Mujer Por Comuna
Servicio de Salud Oriente

COMUNAS SSMO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL SSMO	66.919	63.405	69.091	68.608	67.699	66.076	67.392
PROVIDENCIA	49.761	45.327	48.156	49.070	46.975	44.293	45.083
LAS CONDES	3.082	3.109	3.300	4.025	6.551	5.500	4.664
LO BARNECHEA	989	427	331	361	423	467	707
VITACURA	638	757	892	927	706	958	259
ÑUÑO A	4.348	3.509	3.375	2.761	2.612	1.788	2.401
MACUL	2.484	2.961	736	-	-	-	254
PEÑALOEN	4.444	5.175	9.578	9.185	7.684	10.542	11.513
LA REINA	1.173	2.140	2.723	2.279	2.748	2.528	2.511

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

El **Programa del Adulto** también se desarrolla mayoritariamente en la comuna de Providencia, representado alrededor el 50% de la actividad total asociada al Programa.

Consistente con el proceso de envejecimiento de la población, las Consultas y Controles del Programa del Adulto experimentan un incremento de un 41% en período 1995-2001. En particular, la comuna de Peñalolén se destaca con un aumento del 157%, seguido de la comuna Macul y La Reina, con incremento de un 79% y 66% respectivamente.

Cuadro nº 63
Consultas y Controles Programa del Adulto Por Comuna
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

COMUNAS SSMO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL SSMO	458.891	478.198	513.287	534.716	555.079	634.480	645.845
PROVIDENCIA	254.657	241.871	254.910	268.308	271.690	288.915	293.943
LAS CONDES	31.573	34.680	36.391	40.317	43.564	51.513	42.956
LO BARNECHEA	13.476	19.203	20.842	21.198	22.885	24.859	22.904
VITACURA	14.252	13.917	12.950	12.763	12.120	14.128	10.217
ÑUÑO A	46.356	51.941	49.629	49.972	52.218	56.410	59.720
MACUL	33.401	40.460	46.610	41.946	45.769	58.582	59.880
PEÑALOEN	52.488	60.935	74.477	83.072	90.959	117.852	135.147
LA REINA	12.688	15.191	17.478	17.140	15.874	22.221	21.078

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Respecto de la **Consulta de Urgencia**, es nuevamente la Comuna de Providencia la que concentra el 50% de la actividad asistencial. Lo anterior es explicado por la distribución espacial o geográfica de la oferta asistencia del Servicio de Salud que se ubica mayoritariamente en dicha comuna.

Cuadro nº 64:
Consultas y Controles de Urgencia Por Comuna
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

COMUNAS SSMO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL SSMO	429.856	455.413	491.612	577.855	641.189	689.589	643.871
PROVIDENCIA	213.246	220.004	212.990	245.357	279.943	281.483	218.373
LAS CONDES	46.694	47.837	53.561	58.173	56.580	54.870	57.353
LO BARNECHEA	32.036	36.982	44.343	43.802	44.842	48.639	50.375
VITACURA	-	-	-	-	-	-	-
ÑUÑO A	29.579	33.263	56.780	102.028	108.192	102.478	107.875
MACUL	-	-	-	-	-	-	-
PEÑALOEN	108.301	117.327	123.938	128.495	151.632	202.119	209.895
LA REINA	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

En el período bajo análisis, las Consultas de Urgencia crecen en un 50% a nivel de Servicio de Salud. Se destaca la comuna de Ñuñoa con incremento de un 265%, seguido de la comuna de Peñalolén con un porcentaje de 94% en el período 1995-2001.

ii) Atención Cerrada

• Egresos Hospitalarios

Como se muestra en el siguiente cuadro, el Hospital del Salvador junto al Hospital Luis Calvo Mackenna concentran alrededor del 80% de los egresos del Servicio de Salud, siendo el Hospital del Salvador el más importante al exhibir una cifra de participación por sobre el 50% para todo el período bajo análisis.

Cuadro nº 65:
Egresos Hospitalarios
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Total Servicio de Salud	52.864	54.439	55.913	57.250	56.797	56.794	58.811
Hosp. Del Salvador	30.510	29.796	30.208	30.997	30.267	31.012	32.024
Hosp. Luis Calvo Mackenna	15.186	17.036	16.998	16.375	16.461	16.119	15.873
I.N.E.R. Y C.T.	3.794	3.912	4.230	4.446	4.517	4.414	4.985
Instituto Neurocirugía	2.202	2.470	2.594	2.414	2.464	2.501	2.594
Hosp. P.A. Cerda	830	847	1.413	2.300	2.282	1.984	2.334
Centro Geriátrico	342	378	470	718	806	764	1.001

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

El número de egresos hospitalarios para el año 2001 asciende a 58.811 en total, siendo el Hospital del Salvador el de mayor participación con un 54%, seguido del Hospital Luis Calvo Mackenna con un 27%, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica (INER.-CYT) con 8%, el Instituto de Neurocirugía y el Instituto Nacional Pedro Aguirre Cerda con un 4%, y el Instituto Nacional de Geriatria con un 2%.

La información de **egresos por Servicios Clínicos** muestra que Obstetricia y Ginecología tienen la mayor participación en los egresos con una cifra de 25% en el año 1995, disminuyendo paulatinamente hasta llegar a un 19% para el año 2001. El Servicio de Urgencia le sigue en importancia, con un 11,8% de participación. Cirugía y Medicina son los siguientes Servicios Clínicos que concentran los egresos hospitalarios.

Cuadro nº 66
Egresos Por Establecimiento y Servicio Clínico
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

SERVICIO CLINICO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
HOSPITAL DEL SALVADOR							
Medicina	2.715	2.798	2.919	3.046	3.265	3.206	3.494
Cirugia	3.947	4.370	4.296	4.497	4.465	4.784	5.427
Obstetricia y Ginecologia	13.671	12.942	12.514	12.491	11.942	11.845	11.456
Neurologia	652	576	584	606	534	644	688
Dermatologia	241	224					
Traumatologia y Ortopedia	844	739	851	1.024	890	1.093	1.067
Oftalmología	536	998	1.926	2.454	2.326	2.460	2.955
Urologia	1.012	998	999	960	967	1.087	1.083
Otorrinolaringología	672	598	615	598	561	642	604
Psiquiatria Agudos	97	154	214	255	291	336	368
Neonatologia Cuna	1.529	1.035	642				
Neonatologia Incubadora	423	299	203	44			
UCI Neonatologia	271	489	527	558	498	515	477
Neonatologia Trat. Intermedio			536	1.441	1.360	1.426	1.572
UCI Adultos	377	480	457	456	457	67	296
Derivación Médico Quirúrgicos		776	1.075	1.112	1.144	1.258	1.293
Urgencia Trat. Intermedio	15.588	5.516	5.178	5.562	5.772	5.730	6.965
Pensionado	2.706	2.607	2.748	2.496	2.264	336	2.304
HOSPITAL L. CALVO MACKENNA							
Cirugia Infantil	2.844	2.736	2.630	3.068	3.086	3.045	3.267
Cirugia Quemados	457	469	519	587	549	412	222
Cardiociurgia	792	359	36				
Infecciones		1.465	1.435	1.344	1.292	1.284	1.278
Traumatologia y Ortopedia	1.864	2.218	1.853	1.759	1.931	1.899	1.723
Lactante Indiferenciado	1.310	1.401	1.199	1.364	1.509	1.419	1.441
Segunda Infancia	1.524						
Oncologia	2.061	3.044	2.707	1.958	2.539	2.136	1.848
Otorrinolaringologia	1.212	1.493	1.333	1.314	1.290	1.186	1.299
Neonatologia Cuna	216	100					
UCI Pediatria	1.234	1.267	1.339	1.251	1.248	1.236	1.313
UCI Neonatología	182	240	223	314	267	251	252
Derivación Médico Quirúrgico		1.116	2.512	2.595	2.627	2.835	2.943
Urgencia	3.340	3.869	4.159	4.366	4.034	4.358	4.841
Pensionado	1.449	2.475	2.189	2.097	1.680	1.720	1.592
I.N.E.R. y C.T.							
Cirugia Tórax	967	1.285	1.406	1.479	1.398	1.244	1.560
Cirugia Cardiovascular	836	838	1.178	1.518	1.471	1.130	1.806
Neumología	1.806	1.869	2.078	2.178	2.430	2.356	2.563
UCI Adultos	469	469	509	584	509	549	616
Derivación Médico Quirúrgicas		1.092	1.855	2.070	2.110	2.013	2.293
Pensionado	660	667	639	573	461	470	505

SERVICIO CLINICO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
INSTITUTO DE NEUROCIRUGÍA							
Neurocirugia Adultos	1.179	1.262	1.477	1.445	1.367	1.522	1.662
Neurocirugia Infantil	466	608	728	609	655	669	689
Neurocirugia Trat. Intermedio	432	937	989	645	577	548	558
U.C.I. Indeferenciado	240	248	605	990	1.124	1.160	1.160
Pensionado	514	608	515	495	507	410	427
INST. NAC. DE REHABILITACIÓN P. A. CERDA							
Traumatología y Ortopedia	456	496	334	304			
Medicina Física y Rehabilitación	390	345	1.067	1.984	2.282	1.984	2.334
Pensionado	40	35	32	35			
INSTITUTO NAC. DE GERIATRIA							
Medician Interna	258	335	450	659	747	694	941
Neurologia	28	7					
Traumatologia	17	10					
Geriatría	25	33	15	26	17	10	9
Pensionado	31	19	16	41	47	63	54

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

- **Índice de Letalidad**

El índice de Letalidad se encuentra en torno al 2% a nivel de Servicio de Salud, similar a las cifras que exhibe el Hospital del Salvador en el período 1995-2001.

Destaca en el Índice de Letalidad el Centro Geriátrico que muestra una cifra significativamente mayor para cada año del período, lo cual está altamente correlacionado por el tipo de paciente que atiende, adultos mayores.

Las principales causas de muerte para el Servicio de Salud Metropolitano Oriente corresponden a **Aparato Circulatorio** con una cifra cercana al 30% del total de las muertes. Le sigue **Tumores** con una participación del 28%, **Aparato Respiratorio** con un 14%, **Aparato Digestivo** con aproximadamente un 8%.

Cuadro nº 67
Índice de Letalidad
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Total Servicio de Salud	2,4	2,5	2,5	2,2	2,5	2,4	2,5
Hosp. Del Salvador	2,2	2,4	2,3	2,0	2,6	2,5	2,6
Hosp. Luis Calvo Mackenna	1,1	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,5
I.N.E.R. Y C.T.	6,5	7,3	7,3	6,8	6,6	6,2	6,8
Instituto Neurocirugia	7,2	5,2	5,0	4,3	3,4	3,5	3,3
Hosp. P.A. Cerda	0,2	-	0,1	-	0,0	-	-
Centro Geriátrico	12,3	19,3	17,0	14,1	11,2	13,1	10,5

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

- **Dotación de Camas**

De acuerdo al siguiente cuadro, para el año base 2001 el Hospital del Salvador participa del 46% de la dotación total de camas del Servicio. En tanto, el Hospital Luis Calvo Mackenna participa de un 18%, el INER C Y T posee un 14% del total de camas, el Instituto de Neurocirugía participa con un 9%, el Instituto Nacional P. Aguirre Cerda con un 4% y el Instituto Nacional de Geriátría con un 9%. Cifras similares se expresan durante todo el período 1995-2001.

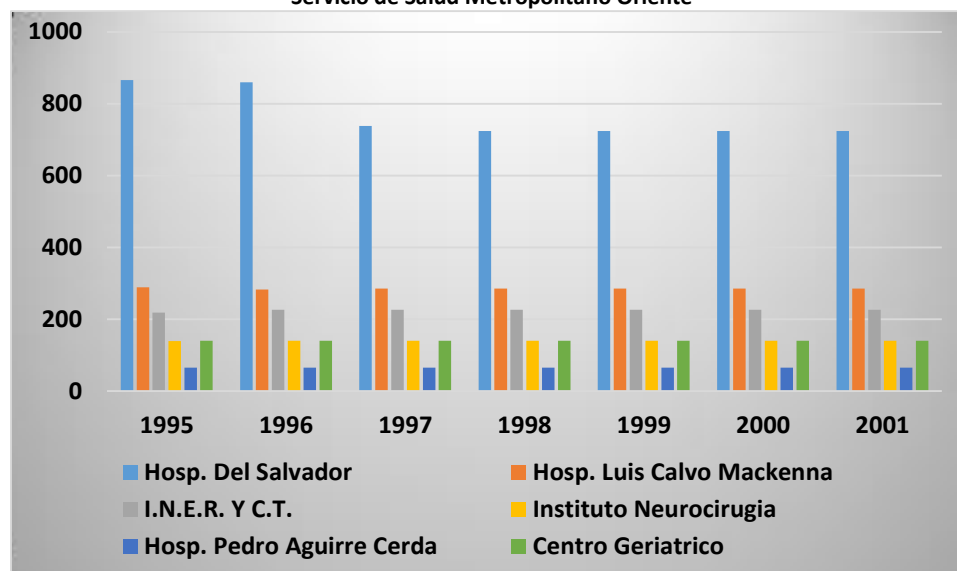
En general, la dotación del recurso camas se mantiene estable durante el periodo bajo análisis, con la excepción del Hospital El Salvador que muestra una disminución del 20%. Ello puede ser explicado por la amplia oferta asistencial del extrasistema en consultas y hospitalizaciones, en particular de Maternidad. Ello reforzado, a partir de la implementación del PAD parto por FONASA.

Cuadro nº 68:
Dotación de Camas Según Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Hosp. Del Salvador	866	860	738	724	724	724	724
Hosp. Luis Calvo Mackenna	289	283	286	286	286	286	286
I.N.E.R. Y C.T.	219	227	227	227	227	227	227
Instituto Neurocirugia	139	140	140	140	140	140	140
Hosp. Pedro Aguirre Cerda	65	65	65	65	65	65	65
Centro Geriatrico	140	140	140	140	140	140	140
Total SS Metropolitano Oriente	1.718	1.715	1.596	1.582	1.582	1.582	1.582

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 35:
Dotación de Cama Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

- **Porcentaje de Ocupación de Camas**

Respecto del Porcentaje de Ocupación de Camas, el Hospital del Salvador mantiene una cifra cercana al 85% durante el período 1995-2001, en tanto el Hospital Luis Calvo Mackenna exhibe un porcentaje de ocupación alrededor del 81%. Las cifras, en general se mantienen estables a lo largo del período de análisis, mostrando un leve incremento el Hospital del Salvador respecto el resto de los establecimientos.

Cuadro nº 69:
Porcentaje de Ocupación de Camas Según Establecimiento
Servicio de Salud

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Hosp. Del Salvador	83,2	81,4	81,1	85,4	85,5	85,7	85,7
Hosp. Luis Calvo Mackenna	81,9	86,2	81,2	79,9	81,4	81,7	81,5
I.N.E.R. Y C.T.	69,9	69,4	68,6	63,5	63	60,6	70,5
Instituto Neurocirugia	75,6	71,5	69,3	75,1	74,1	73,2	73,3
Hosp. Pedro Aguirre Cerda	66,9	63,1	73,9	75,3	71,6	71,3	81,7
Centro Geriatrico	90,2	89,4	91,5	88,4	88,8	86,1	87,8
Total SS Metropolitano Oriente	80,5	79,7	79,1	80,3	80,4	79,9	81,9

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

A nivel del Servicio de Salud se exhibe un **porcentaje de ocupación de camas** de 81,9%, siendo el Instituto Nacional de Geriátría el más alto con un porcentaje de 88%, seguido esta vez por el Hospital del Salvador con un 85,7%, el Instituto Nacional Pedro Aguirre Cerda 81,7%, el Hospital Luis Calvo Mackenna con un 81,5%, el Instituto de Neurocirugía con un 73,3% y el INER-CyT con un 70,5%.

Estas cifras muestran, que a pesar que el Servicio de Salud enfrenta una importante oferta de camas en el extrasistema en la atención cerrada, exhiben cifras altas en el uso del recurso cama.

Respecto del **promedio de Camas en Trabajo**⁴⁹, para el año base 2001, el Hospital del Salvador concentra el 50% de participación respecto del total del Servicio, seguido del Hospital Luis Calvo Mackenna con 16% de participación, INER- CyT con un 15%, Instituto Nacional de Geriátría 8%, Instituto de Neurocirugía con un 7% y el Instituto P. Aguirre Cerda con un 3%.

⁴⁹ Camas en trabajo: total de camas habilitadas para su uso inmediato, independiente estén ocupadas o no.

Cuadro nº 70
Días Camas en Trabajo
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Hosp. Del Salvador	282.603	279.889	262.996	254.224	255.104	261.081	258.035
Hosp. Luis Calvo Mackenna	86.232	86.561	88.151	89.662	86.886	80.563	80.292
I.N.E.R. Y C.T.	75.159	75.911	77.774	80.395	79.669	80.015	76.390
Instituto Neurocirugia	44.206	40.827	39.303	37.987	39.666	39.167	37.282
Hosp. Pedro Aguirre Cerda	23.647	22.184	10.303	16.157	15.991	15.490	15.512
Centro Geriatrico	43.800	44.220	43.800	43.800	43.800	43.800	43.800
Total SS Metropolitano Oriente	555.647	549.592	522.327	522.225	521.116	520.116	511.311

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

- **Intervenciones Quirúrgicas**

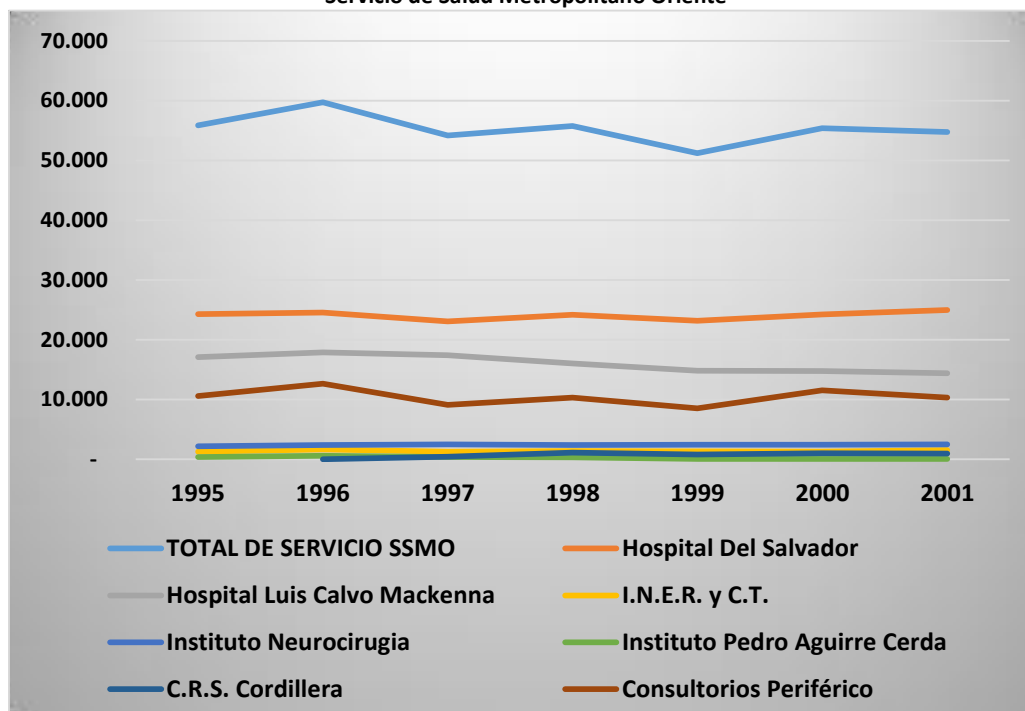
Las Intervenciones Quirúrgicas totales exhiben una trayectoria estable durante el período 1995-2001 a nivel de Servicio. Sin embargo, se destaca la actividad del CRS Cordillera que incrementa paulatinamente las cifras de Intervenciones Quirúrgicas, las cuales por el nivel de complejidad del establecimiento corresponden a Intervenciones Quirúrgicas Menores.

Cuadro nº 71
Intervenciones Quirúrgicas Mayores y Menores Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL DE SERVICIO SSMO	55.886	59.758	54.176	55.771	51.241	55.418	54.752
Hospital Del Salvador	24.290	24.573	23.095	24.211	23.207	24.257	24.976
Hospital Luis Calvo Mackenna	17.125	17.902	17.439	16.029	14.839	14.768	14.409
I.N.E.R. y C.T.	1.275	1.664	1.264	1.387	1.337	1.295	1.534
Instituto Neurocirugia	2.192	2.374	2.476	2.394	2.439	2.471	2.502
Instituto Pedro Aguirre Cerda	387	605	371	309	67	44	59
C.R.S. Cordillera		7	411	1.117	805	1.028	942
Consultorios Periférico	10.617	12.633	9.120	10.324	8.547	11.555	10.330

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 36
Intervenciones Quirúrgicas Mayores y Menores Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

En relación al **tipo de cirugía**, a nivel de Servicio de Salud para el año base 2001 cerca del 87,8% de las Intervenciones Quirúrgicas Mayores es electiva, y solo el 12,2% corresponden a ingresos por Urgencias.

Cuadro nº 72
Intervenciones Quirúrgicas Mayores Por Establecimiento Según Tipo de Cirugía
Servicio de salud Metropolitano Oriente
Año Base 2001

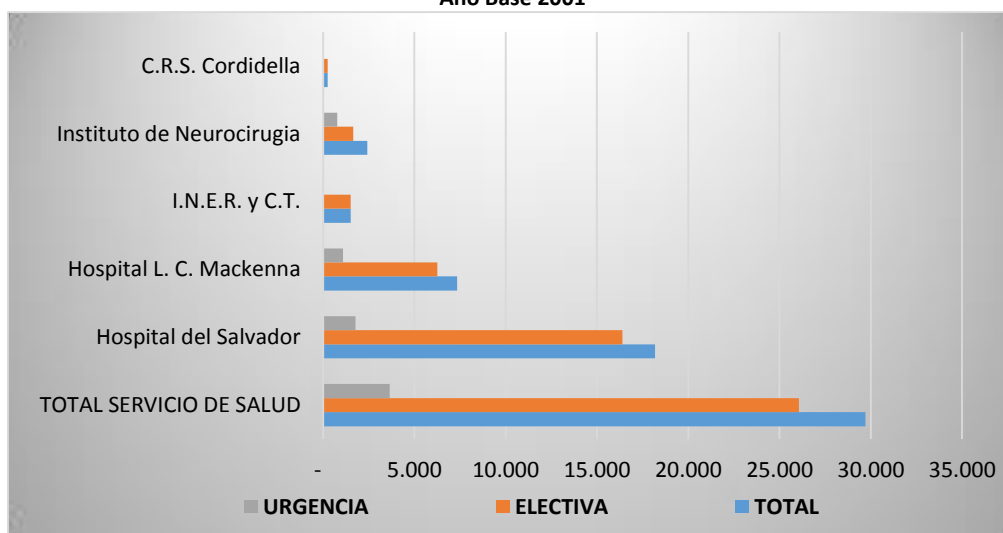
ESTABLECIMIENTO	TOTAL	ELECTIVA	URGENCIA
TOTAL SERVICIO DE SALUD	29.700	26.060	3.640
Hospital del Salvador	18.174	16.401	1.773
Hospital L. C. Mackenna	7.348	6.255	1.093
I.N.E.R. y C.T.	1.515	1.513	2
Instituto de Neurocirugia	2.418	1.646	772
C.R.S. Cordidella	245	245	-

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Así mismo, para el año 2001, Hospital del Salvador representa el 61% del total de las **Intervenciones Quirúrgicas Mayores**. Por su parte, el Hospital Luis Calvo Mackenna participa de cerca del 25% del total de Intervenciones Quirúrgicas. El Instituto de Neurocirugía representa el 8,14% y el INER-CyT el 5,1%.

Se destaca que el año 2001, la Intervenciones Quirúrgicas Mayores Electivas, a nivel de Servicio de Salud, representan un 88% del total. Siendo dicha participación de un 90% para el Hospital El Salvador, de un 85% para el Hospital L.C. Mackenna, de un 100% para I.N.E.R. y C.T. y C.R.S. Cordillera. En tanto, el Instituto de Neurocirugía muestra un 68% de Cirugía Mayores Electivas.

Gráfico 37
Intervenciones Quirúrgicas Mayores, Por Establecimiento Según Tipo de Cirugía
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Año Base 2001



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

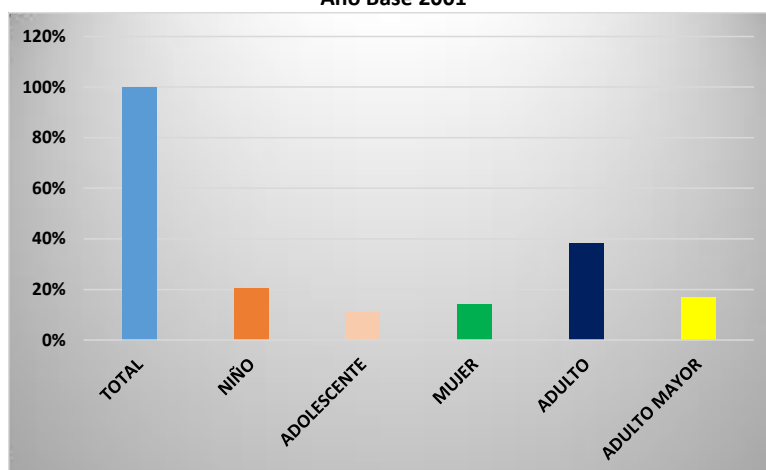
Respecto de las **Intervenciones Quirúrgicas Mayores por Programa**, el Programa del Adulto concentra mayoritariamente el 38%, seguido del Programa Del Niño con el 20%, del Adulto Mayor con un 16,5%, de la Mujer con un 14% y del Adolescente con un 10,75% de participación para el año base 2001.

Cuadro nº 73
Intervenciones Quirúrgicas Mayores Por Establecimiento Según Programa
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Año Base 2001

ESTABLECIMIENTO	TOTAL	NIÑO	ADOLESCENTE	MUJER	ADULTO	ADULTO MAYOR
TOTAL SERVICIO DE SALUD	29.700	6.047	3.199	4.129	11.357	4.968
Hospital del Salvador	18.174	334	756	4.012	8.143	4.929
Hospital L. C. Mackenna	7.348	5.154	2.194	-	-	-
I.N.E.R. y C.T.	1.515	-	-	-	1.515	-
Instituto de Neurocirugía	2.418	559	238	-	1.621	-
C.R.S. Cordidella	245	-	11	117	78	39

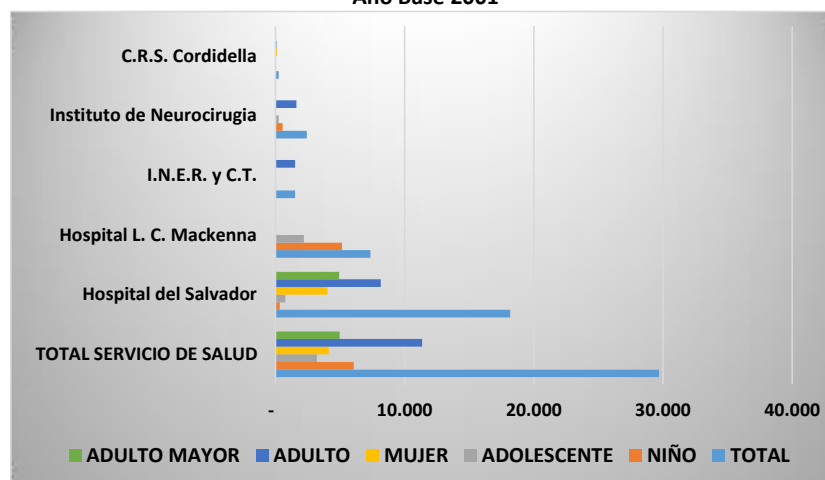
Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 38
Intervenciones quirúrgicas Mayores Participación Porcentual Por Programa
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Año Base 2001



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 39
Intervenciones Quirúrgicas Mayores Por Establecimiento Según Programa
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Año Base 2001



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Respecto de las **Intervenciones Quirúrgicas Mayores y Menores en su conjunto, según Tipo de Cirugía y Establecimiento**, el análisis muestra que la mayor participación la tiene los Tegumentos⁵⁰, en los Hospitales del Salvador y Luis Calvo Mackenna. Le sigue la Cirugía Abdominal y Cirugía Oftalmológica, también con mayor presencia en los Hospitales ya citados. Estas dos últimas patologías asociadas al programa de reducción de listas de espera que para el año 2001 fue relevante en la resolución de Colelitiasis (cirugías abdominales) y Cataratas (patología oftalmológica).

⁵⁰ Cirugías de tejido cutáneo.

Cuadro nº 74
Intervenciones Quirúrgicas Mayores y Menores Según Tipo de Cirugía
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

TIPO DE CIRUGIA	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL	55.886	59.758	54.176	55.771	51.241	55.418	54.752
Neurocirugía	2.267	2.457	2.539	2.416	2.450	2.453	2.447
Cirugía Oftalmológica	2.415	3.016	2.806	4.323	4.143	4.218	4.726
Cirugía Otorrinológica	3.682	3.736	3.405	3.384	3.048	2.907	3.304
Cirugía Cabeza y Cuello	369	329	403	355	326	369	431
Cirugía Plástica y Reparadora	700	613	791	778	927	1.134	1.384
Tegumentos	27.367	28.283	25.315	25.262	21.790	25.446	22.940
Cirugía Cardiovascular Total	1.799	1.904	2.192	2.072	2.224	2.208	2.357
Cirugía Torácica	860	937	895	911	948	885	1.014
Cirugía Abdominal	5.196	5.400	4.924	5.124	4.694	4.884	4.852
Cirugía Proctológica	255	260	270	322	345	385	478
Cirugía Urológica Suprarenal	1.809	1.886	1.789	1.784	1.895	1.973	1.974
Cirugía de al Mama	870	379	323	356	401	448	568
Cirugía Ginecológica	1.148	1.464	1.582	1.748	1.592	1.795	2.168
Cirugía Obstétrica	4.276	4.049	3.906	3.822	3.375	2.974	2.790
Traumatología y Ortopedia	2.873	3.141	3.036	3.114	3.083	3.339	3.319

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

- Partos y Nacimientos**

Los partos exhiben un *leve descenso en el período* pasando de 9.366 partos en 1995 a 6.723 en el 2001. Cabe señalar que esta tendencia se explica por una parte por la disminución de la tasa de natalidad y también por la amplia oferta de prestaciones que existe en extrasistema, que permite a un porcentaje importante de los beneficiarios del Servicio optar por la modalidad de atención de Libre Elección junto con la incorporación del Pago Asociado a Diagnóstico, PAD Parto.

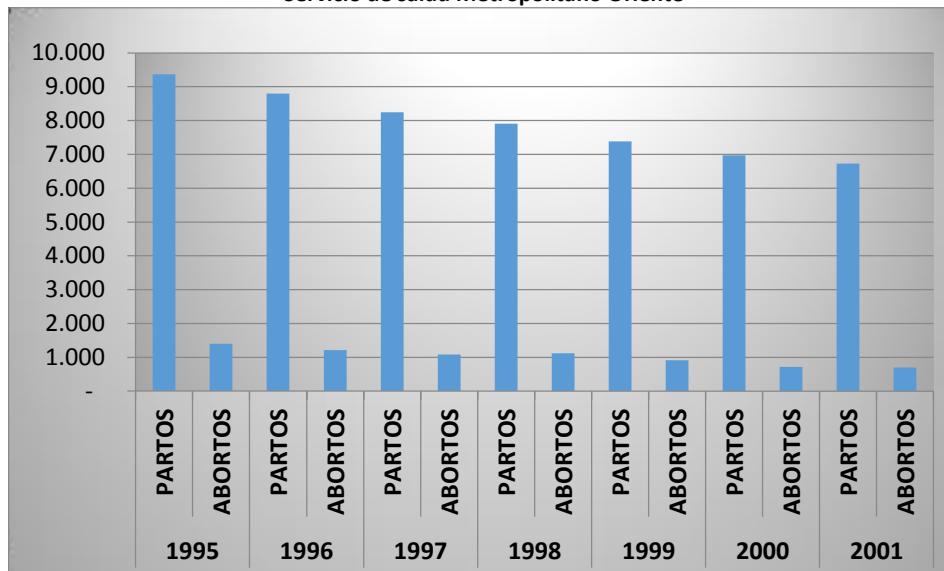
En el período bajo análisis el único prestador que resuelve los partos corresponde al Hospital del Salvador.

Cuadro nº 75
Número de Partos Y Abortos Por Establecimiento
Servicio de salud Metropolitano Oriente

ESTABLECIMIENTOS	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	PARTOS	ABORTOS	PARTOS	ABORTOS	PARTOS	ABORTOS	PARTOS	ABORTOS	PARTOS	ABORTOS	PARTOS	ABORTOS	PARTOS	ABORTOS
TOTAL GENERAL	9.366	1.398	8.802	1.216	8.250	1.085	7.906	1.115	7.389	917	6.969	714	6.723	699
TOTAL ESTABLECIMIENTOS SISTEMA DE SALUD ORIENTE	9.366	1.398	8.802	1.216	8.250	1.085	7.906	1.115	7.389	917	6.969	714	6.723	699
Hospital Del Salvador	9.365	1.398	8.801	1.216	8.249	1.085	7.906	1.115	7.387	917	6.969	714	6.723	699
Instituto de Neurocirugía	1	-	1	-	1	-			1	-			-	-
C.R.S. Cordillera									1	-			-	-

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 40:
Partos y Abortos Hospital del Salvador
Servicio de salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

- **Actividades de Apoyo Diagnóstico**

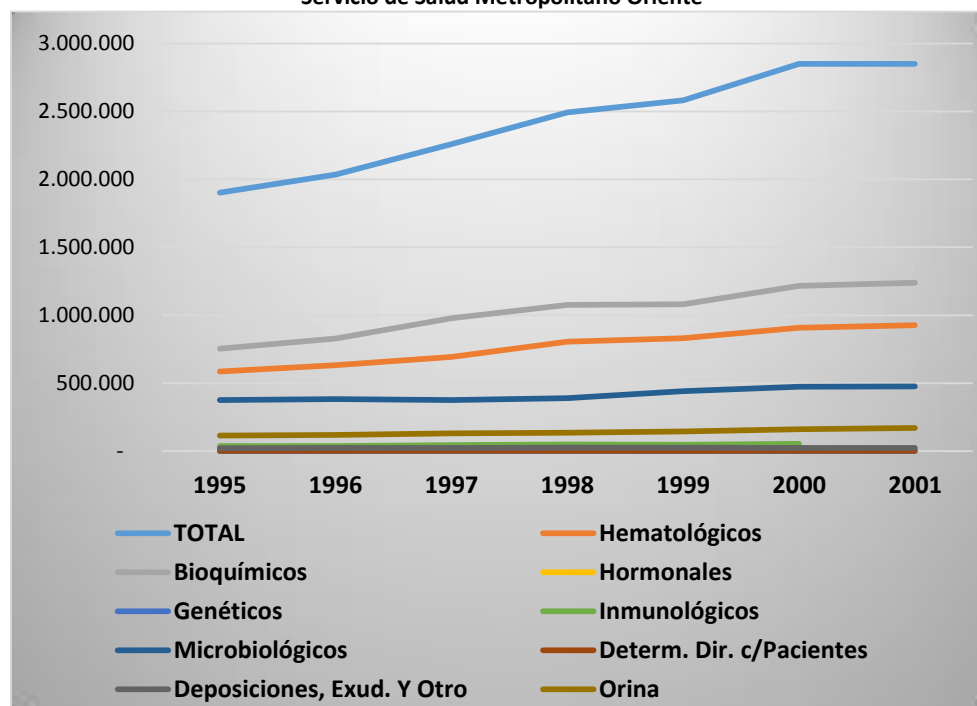
Los **exámenes de laboratorio** se concentran en un 40% en Bioquímicos durante el período, seguidos por los Hematológicos que se ubican en torno al 30% anual, en tanto, los Microbiológicos representan alrededor del 17%. Los de menor peso relativo corresponden a los exámenes de Orina que se ubica en el 6% promedio anual. Los restantes exámenes no superan el 2% de participación anual.

Cuadro nº 76:
Procedimiento de Apoyo Diagnóstico
Exámenes de Laboratorio Clínico
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

EXAMENES	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL	1.902.687	2.035.838	2.260.721	2.493.989	2.581.203	2.851.282	2.851.345
Hematológicos	585.878	632.927	693.260	804.839	830.417	907.041	926.290
Bioquímicos	754.695	828.851	978.160	1.075.752	1.081.222	1.216.957	1.239.396
Hormonales	11.179	9.955	11.930	10.575	10.805	13.208	15.012
Genéticos	534	591	691	622	774	818	895
Inmunológicos	36.933	37.841	44.918	48.221	47.189	52.846	
Microbiológicos	376.051	381.886	376.312	390.235	440.310	474.840	475.134
Determ. Dir. c/Pacientes	2.224	2.201	1.997	1.860	1.975	1.657	1.528
Deposiciones, Exud. Y Otro	20.441	22.388	23.936	25.508	24.510	23.285	23.057
Orina	114.752	119.198	129.517	136.377	144.001	160.630	170.033

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 41:
Exámenes de Laboratorio Clínico
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Cuadro nº 77:
Exámenes de Laboratorio Según Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Año Base 2001

ESTABLECIMIENTO	TOTAL	%
TOTAL	2.851.345	100%
HOSP. DEL SALVADOR	1.465.072	51%
HOSP. LUIS CALVO MACKENNA	614.875	22%
INST. DEL TÓRAX	227.560	8%
INST. DE NEUROCIRUGÍA	29.316	1%
INST. P. AGUIRRE CERDA	4.967	0%
C.R.S. CORDILLERA	23.841	1%
		0%
ATENCIÓN PRIMARIA	485.714	17%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Para el año base, el análisis por **tipo de establecimiento**, ubica al Hospital del Salvador con el 51% de participación a nivel de Servicio de salud, seguido por el Hospital Luis Calvo Mackenna con el 22%. De igual modo cabe hacer mención que el 83% de los exámenes son resueltos en nivel secundario y terciario.

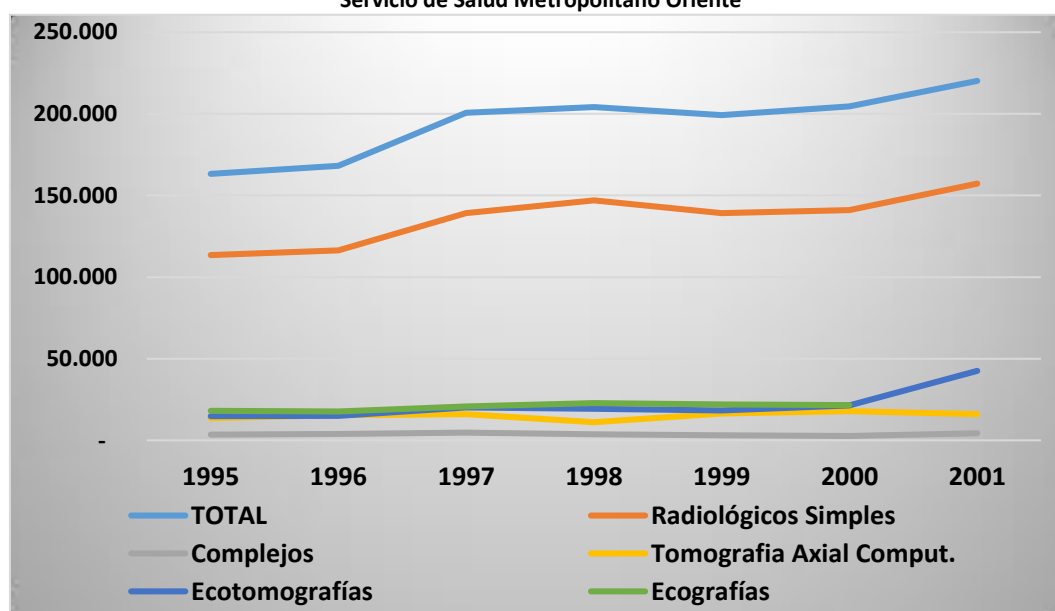
Por otra parte, alrededor del 70% de los **Exámenes Radiológicos** son simples. Por su parte las Ecografías se ubican en torno al 11% promedio anual de participación, seguido por Ecotomografías y la Tomografías Axial Computarizada que se ubican entre el 9% y 8% de participación en los exámenes totales radiológicos. Respecto de los exámenes complejos estos representan solo el 2% del total de exámenes.

Cuadro nº 78:
Procedimiento de Apoyo Diagnóstico
Exámenes Radiológicos
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

EXAMENES	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TOTAL	163.335	168.240	200.718	204.107	199.155	204.598	220.186
Radiológicos Simples	113.568	116.352	139.288	147.064	139.271	141.064	157.355
Complejos	3.576	3.894	4.664	3.671	3.034	2.762	4.340
Tomografía Axial Comput.	13.464	15.415	15.942	11.077	16.437	17.832	15.933
Ecotomografías	14.720	14.977	20.135	19.399	18.392	21.402	42.558
Ecografías	18.007	17.602	20.689	22.896	22.021	21.538	

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 42:
Exámenes radiológicos
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Como se observa en el siguiente cuadro, el Hospital del Salvador concentra el 50% de los exámenes radiológicos realizados en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente para el año base 2001. Le sigue el Hospital Luis Calvo Mackenna con un 30%, el Instituto del Tórax con un 11%, el Instituto de Neurocirugía con un 10%, C.R.S. Cordillera con un 8%.

Por nivel de resolución, la atención primaria solo concentra el 7% de los exámenes radiológicos para el año base.

Cuadro nº 79:
Total Exámenes Radiológicos
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Año Base 2001

ESTABLECIMIENTO	TOTAL	%
TOTAL	220.186	100%
HOSP. DEL SALVADOR	110.554	50%
HOSP. LUIS CALVO MACKENNA	65.738	30%
INST. DEL TÓRAX	23.732	11%
INST. DE NEUROCIRUGÍA	22.754	10%
INST. P. AGUIRRE CERDA	5.009	2%
C.R.S. CORDILLERA	18.133	8%
DIRECCIÓN SERVICIO	3.009	1%
ATENCIÓN PRIMARIA	15.313	7%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

A continuación se presenta un cuadro que incluye los **Indicadores de Utilización y Productividad del Servicio de salud Metropolitano Oriente entre los años 1999 y 2001**. Estos indicadores muestran que, la disponibilidad de servicios, cobertura y su accesibilidad (en términos de actividad por población), se mantiene muy estable durante el período anterior al año Base, con la excepción del indicador de Consulta del Adulto / Habitante mayor de 20 años, que disminuye de 0,78 en 1999 a 0,68 en el año 2001.

Por su parte, los Indicadores de Productividad, muestran un leve incremento en la productividad de las prestaciones, sin considerar la leve disminución que experimenta el Promedio de Partos Diarios que baja de 20,24 en 1999 a 18,42 en el año 2001.

Cuadro nº 80:
Indicadores de Utilización y Productividad
Servicio de salud Metropolitano Oriente
Años 1999 – 2000 – 2001

TIPOS DE INDICADORES	1999	2000	2001
INDICADORES DE UTILIZACIÓN			
Total Consulta Médica/ Habitante Año Total	1,47	1,59	1,57
Consulta Niño/Habitante Año 0-9 años Total	1,46	1,55	1,71
Consulta Adolescente/ Habitante Año 10-19 años Total	0,54	0,62	0,58
Consulta Adulto/ Habitante > 20 años Total	0,74	0,61	0,68
Consulta Adlto Mayor/ Habitante Año > 65 años	0	1,65	1,73
Consulta Urgencia/ Habitante Año	0,58	0,62	0,57
Consulta de la Mujer/ Habitante Año Mujer 15 años Total	0,15	0,14	0,14
Consulta Maternal/ Nacido Vivo en Maternidad	2,39	4,1	2,84
Camas Dotación por 1.000 Habitantes Total	1,43	1,42	1,4
Camas en Trabajo por 1.000 Habitantes Total	1,29	1,28	1,19
Egresos por 100 Habitantes Total	5,15	5,1	5,22
Intervenciones Quirúrgicas Mayores por 100 Habitantes To	2,62	2,62	2,64
INDICADORES DE PRODUCCION - PRODUCTIVIDAD			
Total Consultas/ Consulta Urgencia	2,53	2,58	2,74
Total Consulta/ Egresos Hospitalarios	28,52	31,30	30,00
Total Consulta Nivel Primario/ Consulta Urgencia (SAPU)	2,46	2,52	2,53
Consulta Morbilidad/ Egresos Hospitalarios	15,62	17,32	16,94
Consulta Morbilidad/Consulta Urgencia	1,38	1,43	1,55
Consulta Morbilidad Nivel Primario/Consulta Urgencia (SA	1,22	1,4	1,21
Exámenes de Laboratorio por 100 Consultas*	263,72	262,07	286,19
Exámenes de Imagenología por 100 Consultas*	20,35	18,81	22,1
Intervenciones Quirúrgicas Mayores por 100 Egresos	50,89	51,48	50,5
Interv.s Quirúrgicas Electivas/Interv. Quir. Mayores Urgenc	6,91	7,61	7,16
Promedio de Partos Diarios	20,24	19,09	18,42
Porcentaje de Partos Normales	62,33	61,9	61,88
Porcentajes de Cesareas	30	28,9	30,08
Obstrucciones/ Extracciones Dentales	2,97	2,81	3,07
Consulta Repetidas Odontología General/Primera Consulta	1,26	1,1	1,07
Cons. Repetidas Odontología Especialidad/ Primera Cons. C	2,91	2,97	2,44

*** Incluye Consultas y Controles, sin considerar Atención de Urgencia.**

Nota: Para los indicadores con denominador de población, corresponde al dato de población estimada total del Servicio de salud de la proyección de población del I.N.E.

Estos indicadores se muestran bastante estables en el período 1999-2001, con la excepción de un leve incremento en Exámenes de Laboratorio por 100 Consultas.

d) Descripción Presupuestaria- Financiera de la Red Asistencial antes de la incorporación del Hospital Luis Tisné

El Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné inició sus operaciones en agosto del año 2002. Para el análisis de esta Red Asistencial se estudiará la situación del Servicio de Salud Metropolitano Oriente y se considera año base el año 2001 por corresponder al año anterior al de inicio de las actividades del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné.

La información para realizar el análisis se obtuvo de las siguientes fuentes:

- Años 2000 a 2001, Dirección de Presupuestos. Cabe precisar que según lo informado por dicho organismo, para los años anteriores al 2000 la Dirección de Presupuestos no dispone de información presupuestaria ni de ejecución a nivel de Servicios de Salud. Dado lo anterior, se ha solicitado al Fondo Nacional de Salud la información toda vez que dicho organismo era el responsable de consolidar la información del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- Años 2002 al 2005, Fondo Nacional de Salud.
- Años 2006 al 2012, Sistema SIGFE.

Para el análisis del Servicio de Salud Metropolitano Oriente se considera año base el año 2001 por corresponder al año anterior al de inicio de las actividades del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné.

Al igual que para el caso de la red asistencial Metropolitana Sur Oriente, el análisis financiero de la línea base abarcará aspectos relativos a presupuesto de ingresos y gastos revisando su nivel y composición (considerando para tal efecto el presupuesto final, esto es, el presupuesto inicial más todas las modificaciones presupuestarias realizadas durante el año 2002), ejecución de ingresos y gastos (considerando los ingresos percibidos y los gastos devengados), donde se revisará su nivel y composición y su comparación respecto al presupuesto autorizado para el período en estudio. Adicionalmente, se analizará el resultado operacional. Para el análisis se usó el clasificador presupuestario vigente al año 2012, razón por la cual fue necesario compatibilizar el clasificador presupuestario del año 2000 de manera de llevar las cuentas de dicho año a su actual clasificación y hacerlas homologables para el análisis.

El análisis se realizará en cifras reales expresadas en moneda del mes de diciembre del año 2012. Para inflatar las series nominales se empleó la serie de IPC que publica el Instituto Nacional de Estadísticas⁵¹.

⁵¹ Conforme el cambio metodológico implementado en el año 2010 por el I.N.E. para el cálculo del I.P.C., para la actualización de las cifras nominales se siguió la metodología contenida en el Decreto Supremo N° 322 del 28/12/2009, publicado en el Diario Oficial del día 29/01/2010.

i) Presupuesto de ingresos y gastos Servicio de Salud Metropolitano Oriente

- Presupuesto de ingresos**

El Servicio de Salud Metropolitano Oriente contó en el año 2001 con un presupuesto de ingreso total equivalente a \$89,99 mil millones (en moneda de diciembre de 2012). El 77,9% del presupuesto de ingresos lo explicaban las Transferencias Corrientes (\$70,1 mil millones, de las cuales el 84,6% lo constituían las Transferencias asociadas al Pago por Prestaciones Valoradas – PPV - y Pago por Prestaciones Institucionales – PPI -, en tanto que las transferencia APS participaban con el 12,4% del total de las Transferencias Corrientes). Seguía en importancia las Transferencias para Gastos de Capital el 11,2% del total del presupuesto de ingresos (\$10,1 mil millones), luego venían los Ingresos de Operación que representaban un 6,9% del total (\$6,2 mil millones), en cuarto lugar aparecían los Otros Ingresos Corrientes con un 2,3% del total (\$2,1 mil millones) y por último la Recuperación de Préstamos (u Operaciones de Años Anteriores como se denominaba entonces) y el saldo inicial de caja con un 0,8% del total, respectivamente (\$757 y \$736 millones, respectivamente).

A continuación se muestra el presupuesto de ingresos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente para el año 2001 a nivel de subtítulo, en moneda de diciembre del año 2012.

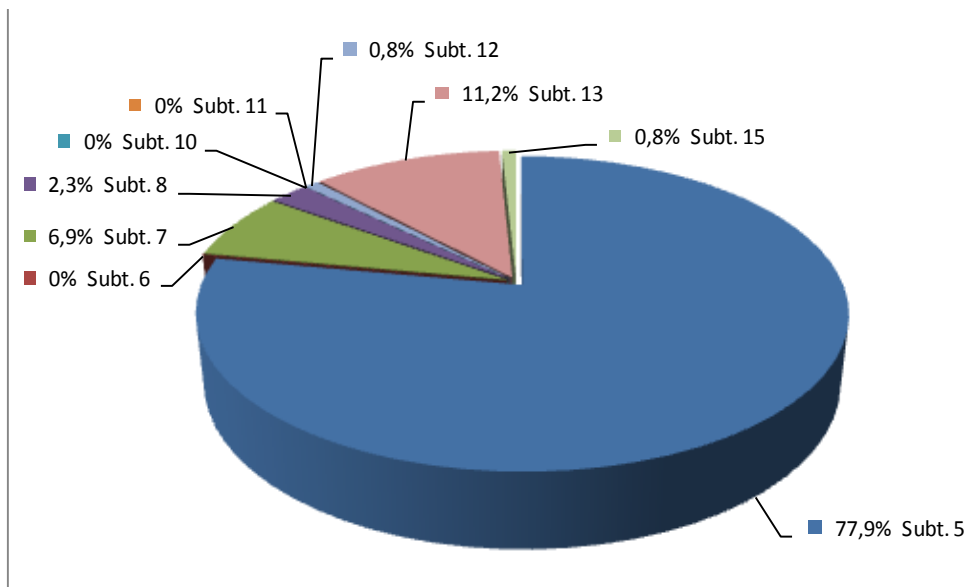
Cuadro nº 81:
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
presupuesto de ingresos año 2001
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	Presupuesto
	Ingresos
Subt. 5 Transferencias Corrientes	70.069.972
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	33.763
Subt. 7 Ingresos de Operación	6.195.331
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	2.080.479
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	1.881
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0
Subt. 12 Recuperación Préstamos	756.766
Subt. 13 Transferencias Para Gastos Capital	10.111.451
Subt. 15 Saldo Inicial de Caja	736.489
Total	89.986.132

Fuente: Dirección de Presupuestos

Por su parte, el gráfico muestra la composición del presupuesto de Ingresos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente para el año 2001.

Gráfico 43
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Composición presupuesto final de ingresos 2001



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

- **Presupuesto de Gasto**

El Servicio de Salud Metropolitano Oriente tuvo en el año 2001 un presupuesto de gasto total equivalente a \$89,98 mil millones (en moneda de diciembre de 2012). Su presupuesto de gasto se componía de un 41,6% para Subtítulo 21 Gastos en Personal (\$37,4 mil millones), seguido por el Subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo con un 23,0% (\$20,7 mil millones), Subtítulo 24 Transferencias Corrientes con un 11,4% (\$10,2 mil millones), en cuarto lugar Subtítulo 23 Prestaciones de Seguridad Social con un 7,1% (\$6,4 mil millones), seguido más de lejos por los Subtítulos 34 Servicio de la Deuda (anteriormente denominado Operaciones de años anteriores), Subtítulo 35 Saldo Final de Caja y Subtítulo 29 Adquisición Activos No Financieros con un 4,7%, 0,6% y 0,4%, respectivamente.

El siguiente cuadro muestra el presupuesto de gastos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente para el año 2001 a nivel de subtítulo, en moneda de diciembre del año 2012.

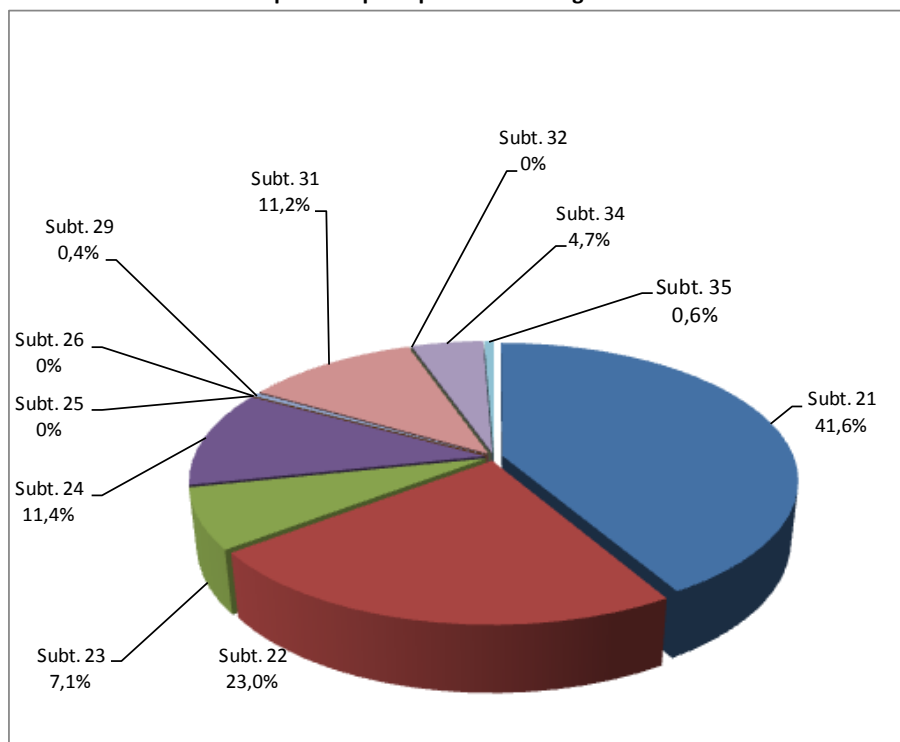
Cuadro nº 82:
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Presupuesto de gastos año 2001
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	Presupuesto de Gastos
Subt. 21 Gastos en Personal	37.425.582
Subt. 22 Bienes y Servicios de Consumo	20.680.183
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	6.382.260
Subt. 24 Transferencias Corrientes	10.237.078
Subt. 25 Integros al Fisco	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0
Subt. 29 Adquisición Activos No Financ.	391.613
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	10.111.451
Subt. 34 Servicio de la Deuda	4.197.840
Subt. 35 Saldo Final de Caja	560.123
Total	89.986.132

Fuente: Dirección de Presupuestos

Por su parte, el gráfico muestra la composición del presupuesto de Gastos para el Servicio de Salud Metropolitano Oriente para el año 2001.

Gráfico 44:
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
composición presupuesto final de gastos 2001



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

ii) **Ejecución de Ingreso y Gasto Servicio de Salud Metropolitano Oriente**

• **Ejecución de Ingreso**

En el año 2001 el Servicio de Salud Metropolitano Oriente percibió un total de \$86,1 mil millones en ingresos (en moneda de diciembre de 2012), lo que significó una sub ejecución del 4,3% de los ingresos presupuestados (\$3,8 mil millones por debajo de lo presupuestado).

El mayor monto de **sub ejecución** se observó en el subtítulo 5 Transferencias Corrientes con \$1,03 mil millones que significó un 1,5% de sub ejecución respecto al presupuesto. Le sigue el subtítulo 7 Ingresos de Operación con \$1,3 mil millones que significó un 20,8% de sub ejecución, el subtítulo 15 Saldo Inicial de Caja con \$736 millones que significó un 100% de sub ejecución y los Subtítulos 13 Transferencias para Gastos de Capital, 12 Recuperación de Préstamos y 8 Otros Ingresos Corrientes con \$394, \$257,9 y \$148,9 millones, respectivamente.

Por su parte, los subtítulos 6 Rentas de la Propiedad y subtítulo 10 Venta de Activos no Financieros, muestran **sobre ejecución**, esto es, que los ingresos percibidos se situaron por sobre lo presupuestado. En efecto, en dichos subtítulos la sobre ejecución alcanzó a \$11,9 y \$1,3 millones, respectivamente.

El siguiente cuadro muestra el presupuesto de ingresos, los ingresos percibidos, el porcentaje de ejecución y el monto de sub ejecución de los ingresos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente para el año 2001 a nivel de subtítulo, en moneda de diciembre del año 2012.

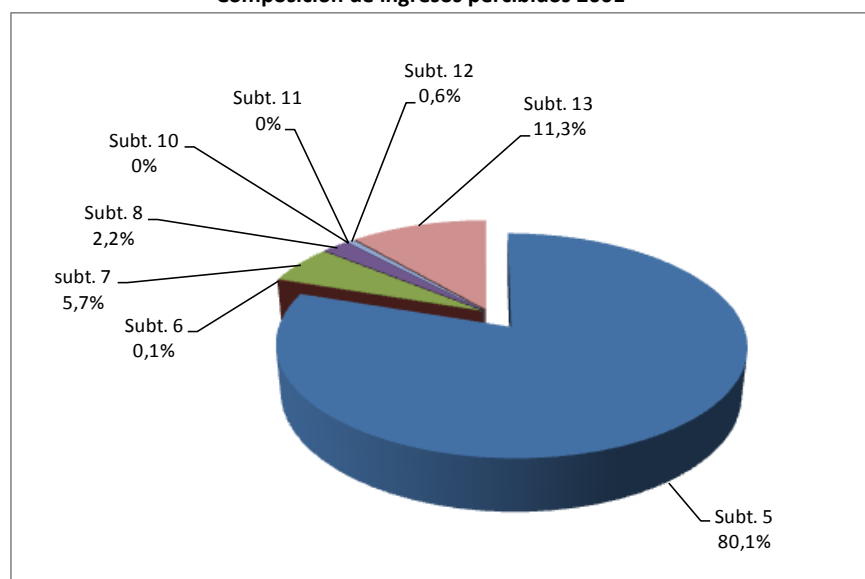
Cuadro nº 83:
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Ejecución de ingresos percibidos año 2001
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2001			
	Presupuesto	Ingresos	%	Monto
	Ingresos	Percibidos	Ejecución	Subejecución
Subt. 5 Transferencias Corrientes	70.069.972	69.036.619	98,5%	1.033.353
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	33.763	45.750	135,5%	-11.987
Subt. 7 Ingresos de Operación	6.195.331	4.906.249	79,2%	1.289.082
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	2.080.479	1.931.616	92,8%	148.863
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	1.881	3.219	171,1%	-1.338
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0	0	0,0%	0
Subt. 12 Recuperación Préstamos	756.766	498.857	65,9%	257.910
Subt. 13 Transferencias Para Gastos Capital	10.111.451	9.717.463	96,1%	393.988
Subt. 15 Saldo Inicial de Caja	736.489	0	0,0%	736.489
Total	89.986.132	86.139.773	95,7%	3.846.359

Fuente: Dirección de Presupuestos

Por su parte, el gráfico muestra la composición de la ejecución de Ingresos para el Servicio de Salud Metropolitano Oriente para el año 2001.

Gráfico 45
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Composición de ingresos percibidos 2001



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

- **Ejecución de Gasto**

En el año 2001 el Servicio de Salud Metropolitano Oriente devengó un total de \$86,4 mil millones en gastos (en moneda de diciembre de 2012), lo que significó una sub ejecución del 3,94% respecto del presupuesto de gastos, equivalente a \$3,5 mil millones de menor gasto respecto a lo presupuestado.

Los subtítulos que muestran sub ejecución, esto es, que los gastos devengados se situaron por debajo lo presupuestado, corresponden al subtítulo 22 Bienes y Servicios de consumo con \$3,0 mil millones que significó un 14,6% de sub ejecución; el subtítulo 35 Saldo Final de Caja con \$560,1 millones que significó un 100% de sub ejecución y el subtítulo 21 Gastos en Personal con \$298,6 millones que equivalen a un 0,8% de sub ejecución.

Por su parte, el mayor monto de sobre ejecución se observó en el subtítulo 23 Prestaciones de Seguridad Social con \$325,9 millones que representó un 5,1% de sobre ejecución y el subtítulo 24 Transferencias Corrientes con \$293,8 millones que equivale a un 2,9% de sobre ejecución, respecto a lo presupuestado.

A continuación se muestra el presupuesto de gastos, los gastos devengados, el porcentaje de ejecución de los gastos y el monto de sub ejecución de los gastos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente para el año 2001 a nivel de subtítulo, en moneda de diciembre del año 2012.

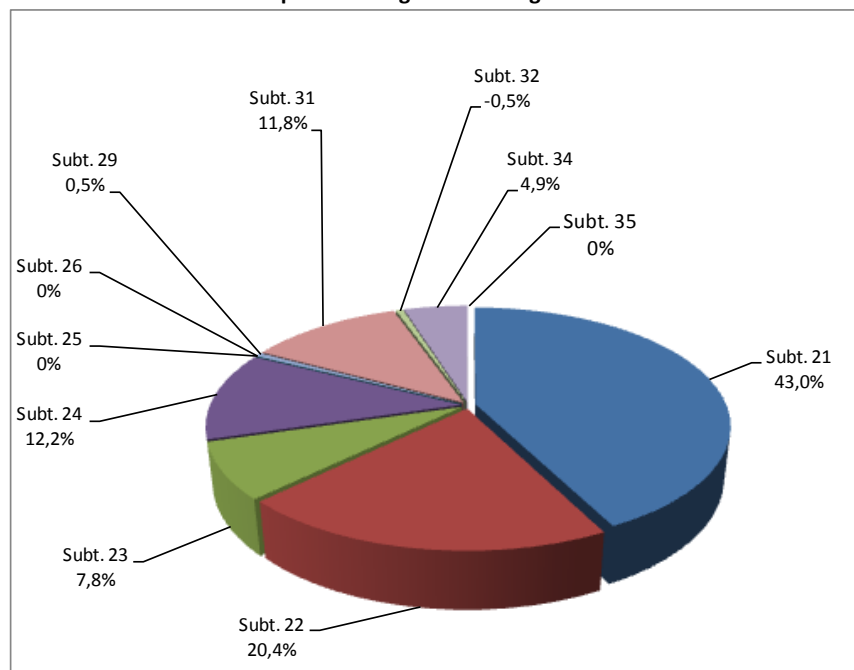
Cuadro nº 84
Servicio de Salud metropolitano Oriente
Ejecución de gastos devengados año 2001
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2001			
	Presupuesto	Gastos	%	Monto
	Gastos	Devengados	Ejecución	Subejecución
Subt. 21 Gastos en Personal	37.425.582	37.127.010	99,2%	298.573
Subt. 22 Bienes y Servicios de Consumo	20.680.183	17.667.398	85,4%	3.012.785
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	6.382.260	6.708.190	105,1%	-325.929
Subt. 24 Transferencias Corrientes	10.237.078	10.530.927	102,9%	-293.849
Subt. 25 Integros al Fisco	0	11.243	0,0%	-11.243
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0	0	0,0%	0
Subt. 29 Adquisición Activos No Financ.	391.613	458.461	117,1%	-66.848
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	10.111.451	10.187.036	0,0%	-75.585
Subt. 32 Préstamos	0	-473.298	0,0%	
Subt. 34 Servicio de la Deuda	4.197.840	4.224.794	100,6%	-26.954
Subt. 35 Saldo Final de Caja	560.123	0	0,0%	560.123
Total	89.986.132	86.441.760	96,06%	3.544.372

Fuente: Dirección de Presupuestos

El gráfico muestra la composición de la ejecución de gastos (gastos devengados) para el Servicio de Salud Metropolitano Oriente en el año 2001. Se observa que no existe una variación significativa en la composición de los gastos devengados respecto de la composición del presupuesto de gastos.

Gráfico 46
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Composición de gastos devengados 2001



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

iii) Resultado Operacional

Como se señaló anteriormente, el Resultado Operacional mide la capacidad de un establecimiento de financiar su operación, es decir, de financiar sus gastos operacionales con sus ingresos de operacionales. Una sana administración financiera sería aquella que mantiene el resultado operacional en torno a cero, puesto que ello indica que no está generando deuda en su operación y, alternativamente, no está dejando sin ejecutar ingresos ofreciendo menos prestaciones a sus beneficiarios⁵².

El Resultado Operacional se define como la diferencia entre los ingresos y los gastos operacionales, esto es, descontando de la ejecución aquellas partidas de ingresos y gastos que no dicen relación con la operación habitual de los establecimientos.

En esta categoría se encuentra por el lado de los ingresos las Transferencias Corrientes APS (asignación 05-02-007) y la Transferencias para Gastos de Capital (subtítulo 13). A su turno, por el lado de los gastos caen en esta categoría las Transferencias Corrientes APS (asignación 24-03-298), la Adquisición de Activos No Financieros (Subtítulo 29) e Iniciativas de Inversión (subtítulo 31).

Como ya puntualizó, si bien calcular el Resultado Operacional de la forma antes descrita puede generar un error en la estimación (ya sea por una subestimación de los ingresos al descontar la totalidad de la asignación 05-02-007 dado que dentro de dicha asignación se incluyen recursos que van destinados a financiar actividad operacional de los establecimientos del servicio, o bien, una subestimación de los gastos al descontar la totalidad del subtítulo 29, obviando el hecho que parte de dicho gasto se financia con ingresos operacionales del servicio), la magnitud del error es irrelevante y por tanto los resultados no se ven alterados. En efecto, para el año 2001 los recursos APS destinados a Reforzamiento del Servicio representaron sólo el 0,2% del presupuesto total.

Es necesario apuntar que la administración financiera constituye una herramienta para el logro de los objetivos institucionales y no es un fin en sí mismo. En efecto, una administración puede decidir generar resultados operacionales positivos puesto que está interesada en generar recursos para inversión (en infraestructura o equipamiento), sin embargo, esta situación no es sostenible en el tiempo, puesto que ello implica por lo general un nivel de producción inferior al potencial y lo que sería más complejo, inferior a los requerimientos de la población beneficiaria, lo que se podría reflejar en un incremento de las listas de espera.

En el siguiente cuadro se presenta el resultado operacional para el año 2001 en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

⁵² Es posible sostener que el endeudamiento constituye un mecanismo de financiamiento en cualquier actividad productiva. En el caso particular del sector salud, el nivel de deuda “aceptable” será aquel que no genera riesgos para la operación del establecimiento (desabastecimiento por no despacho de los proveedores, sobreprecios debido a períodos excesivamente largos de pago, etc.).

Cuadro nº 85
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Resultado operacional año 2001
(en moneda de dic. 2012)

Componente	2001
Ingresos Operacionales: sub. 5 al 12	67.335.497
Gastos Operacionales: sub. 21 al 26 y 34 (sin 2403298)	66.709.451
Resultado Operacional	626.047
% sobre los ingresos de operación	0,93%
% sobre Subtítulo 22	3,54%

Fuente: Dirección de Presupuestos

En el año 2001 el Servicio de Salud Metropolitano Oriente evidenció un Resultado Operacional positivo, esto es, un superávit operacional equivalente a \$626 millones (en moneda de dic. 2012). Dicho nivel equivale a un 0,9% del total de los ingresos de operación y representa un 3,54% del gasto devengado en el subtítulo 22 para ese año.

3.3. Detección de necesidades: el problema que da origen a los nuevos hospitales

Por las fechas de inicio de los estudios pre-inversionales de los proyectos en estudio, no ha sido posible acceder a ellos, sino sólo a ciertos estudios que mostraron la necesidad de proyectos de infraestructura en las Redes Oriente y Sur Oriente. A causa de la falta de información no es posible evaluar los proyectos de una manera óptima por lo cual se ha recopilado información de entrevistas y algunos documentos de la fecha, de las cuales se puede deducir las necesidades determinadas para la ejecución de ambos proyectos de infraestructura, basándose en los objetivos y resultados esperados, tal como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro nº 86:
Necesidades a resolver por parte de los nuevos hospitales en cada SS

	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Proyecto	Creación del hospital San Ramón con un CRS. (Actual Hospital Padre Alberto Hurtado)	Reposición del Hospital El Salvador. Creación del Hospital de Ñuñoa con un CRS adjunto. Construcción CDT del Hosp. El Salvador.
Objetivos	Cubrir aproximadamente el 30% de la demanda del año 2000 por <u>atención secundaria</u> en los tres programas (infantil, adulto, de la mujer).	Cubrir la atención materna y médico-quirúrgica más prevalente con la creación del hospital de Ñuñoa (Posterior L.Tisné de Peñalolén). Cubrir el 100% de la demanda proyectada por atención secundaria con el nuevo CDT. Extender la atención del Programa Materno con la creación del CRS.
Resultados Esperados	Reducir en un 30% el <u>promedio días de estada</u> que registra el H. Sótero del Río. Al año 2000 alcanzar un total <u>de 25.765 egresos y un total de 182.953 atenciones abiertas.</u>	Disminuir un 30% el <u>Promedio días de Estada (PDE)</u> . Al año 2000 lograr 11.283 egresos en Hospital de Ñuñoa.

Fuentes:

- SSMSO: Estudio Metodología de Evaluación del Proyecto HSRP", Minsal UCP, Stgo. enero de 1992, indica datos para los proyectos del HSRP (Health Sector Reform Project)
- SSMSO: Estudio Metodología de Evaluación del Proyecto HSRP", Minsal UCP, Stgo. enero de 1992, indica datos para los proyectos del HSRP.

3.4. Costos estimados de los Proyectos

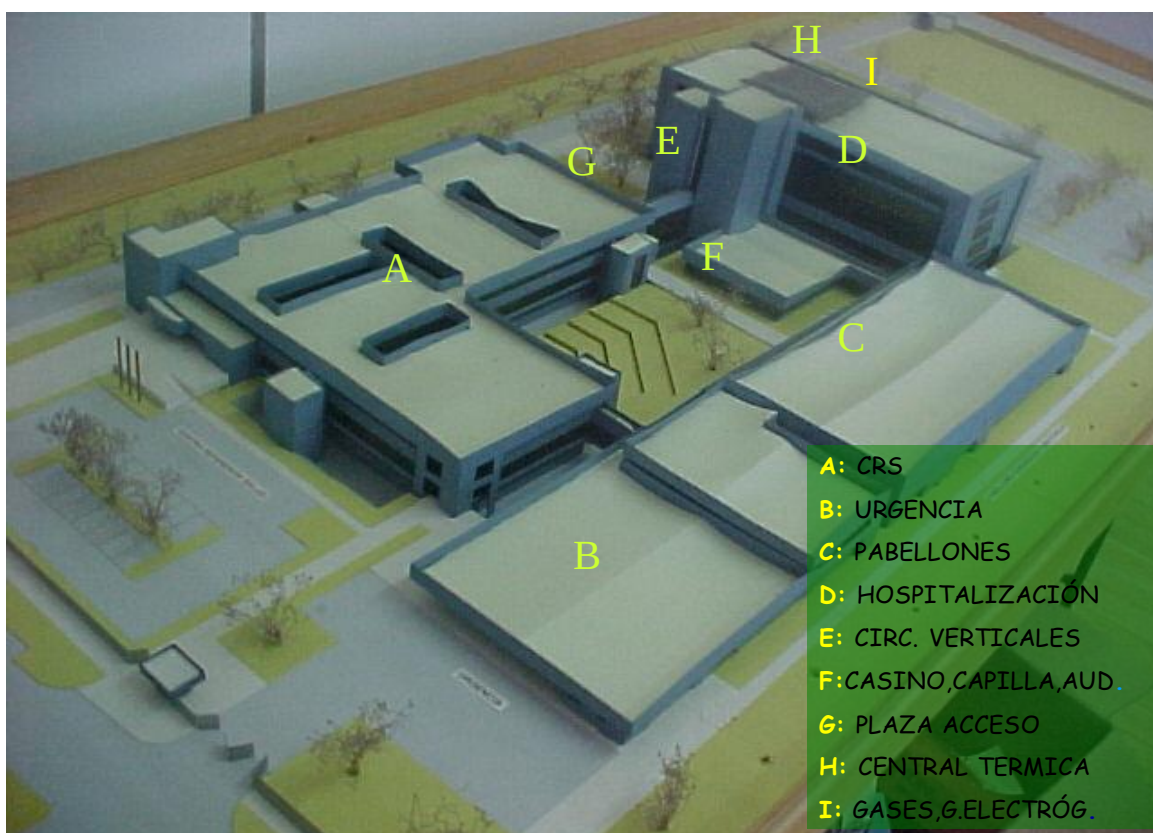
De los dos proyectos en evaluación, no ha sido posible obtener antecedentes del proyecto de construcción del Hospital Padre Alberto Hurtado, perteneciente a la Red Sur Oriente, por lo cual se procederá a presentar solamente los antecedentes del proceso de diseño y construcción del Hospital Dr. Luis Tisné B, dependiente de la Red de Salud Oriente.

Antecedentes y costos estimados del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.

El Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B. se ubica en la comuna de Peñalolén, al lado del CRS Cordillera. El proyecto contempló la construcción de 8 módulos con una superficie total de 19.710 mts² (el CRS Cordillera contaba con una superficie de 5.915 mts²).⁵³

La siguiente figura presenta la maqueta del hospital, con la identificación de los distintos módulos contemplados en el proyecto.

Ilustración 7:
Maqueta Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.



Fuente: Documento Interno Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

⁵³ Documento interno del Servicio de Salud Metropolitano Oriente denominado "Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse".

El cuadro siguiente muestra los servicios localizados en cada módulo, según el proyecto original:

Cuadro nº 87:
Servicios según módulo

Módulo de Urgencia (módulo B)	Contemplaba: 14 boxes atención, 16 cupos observación, 1 sala de reanimación, 1 sección unidad de medicina transfusional (UMT), 1 sala de yeso y Sala procedimientos.
Módulo de Pabellones (módulo C)	Contemplaba: 5 pabellones gineco obstétricos, 8 camas pre-parto, 8 puestos recuperación Gineco-obstetricia, 6 pabellones cirugía general y 18 puestos recuperación general.
Módulo de Hospitalización (módulo D)	Contemplaba un total de 364 camas distribuidas en los siguientes Servicios Clínicos: Hospitalización Ginecología y obstetricia con 144 camas; Hospitalización Médico Quirúrgica adulto con 90 camas; UCI adultos con 8 camas; Neonatología con 43 camas (incluida la UCI con 10 camas); Hospitalización Médica Pediátrica con 43 camas y Pensionado con 36 camas. Adicionalmente, este módulo incluye las Unidades de Apoyo de Farmacia y Abastecimiento, Central de esterilización, Central alimentación, Ropería y Anatomía Patológica y las oficinas de Administración (Dirección, Subdirecciones, Unidad de Finanzas, Recursos Humanos e Informática).
Módulos E, F, G, H e I	Incluyen el conjunto de unidades de servicios y otras dependencias, a saber: Auditórium, Salas de reuniones, Capilla, Casino, Cafetería, Vestuario, SOME, Central Térmica, Central Gases Clínicos, Central de Climatización, Central de Tratamiento de Residuos y Unidad de Mantención.

Fuente: Documento Interno Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

- **Presupuesto inicial**

El Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B. contemplaba un presupuesto inicial para obras civiles por \$6.840.428.715 (moneda de 1999) y tenía un plazo de ejecución de 540 días⁵⁴.

Para el ítem de equipamiento, el proyecto contempló una inversión total de \$5,3 mil millones (moneda de 1999), divididos en cuatro fases de adquisición:

- Fase 1 equipos con preinstalaciones con un presupuesto de \$493 millones.
- Fase 2 Unidades de Apoyo y Servicio de Gineco-Obstetricia con un presupuesto de \$3,1 mil millones.
- Fase 3 Hospitalización Cirugía y Medicina Adulto con \$1,3 mil millones.
- Fase 4 Hospitalización Pediatría y Pensionado con \$394 millones.

El cuadro a continuación muestra el detalle del presupuesto de inversión en equipamiento según las fases antes señaladas.

⁵⁴ Documento interno del Servicio de Salud Metropolitano Oriente denominado "Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse").

Cuadro nº 88: Inversión en equipamiento
Proyecto Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B. (Moneda de 1999)

FASE	Servicios	TOTAL EQUIPOS M\$
FASE 1 : Equipos con preinstalaciones	Central esterilización	321.384
	Central alimentación	18.580
	Ropería	3.335
	Sedile	60.088
	Depósitos de residuos	192
	Talleres y oficinas	8.925
	Correo neumático	80.000
	Subtotal fase 1	492.504
FASE 2 : U. de Apoyo y S. Gineco- Obstetricia	Laboratorio	29.284
	Imagenología	200.384
	Medicina transfusional	64.368
	Rec. Comunes urgencia	216.574
	Urgencia ginecológica	46.501
	Pabellones obstétricos	671.141
	Administración	24.981
	Farmacia	19.336
	Bodega y abastecimiento	14.181
	Uci adulto	339.648
	Neonatología	864.711
	Hosp. Prenatal	182.713
	Puerperio	217.485
	Hosp. Ginecológica	78.160
	Some y guardias	4.473
	Casino personal	975
	Capilla, auditorio y s.r.	6.773
	Vestuarios	11.164
	Anatomía patológica	128.298
	Subtotal fase 2	3.121.150
FASE 3 : Hospitalización Cirugía y Medicina Adultos	Urgencia adultos	63.514
	Pabellones quirúrgicos	980.192
	Hosp. Cirugía	109.732
	Hosp. Medicina	163.424
	Subtotal fase 3	1.316.862
FASE 4 : Hospitalización Pediatría y Pensionado	Urgencia pediátrica	68.083
	Hosp. Pediatría	222.394
	Hosp. Pensionado	103.713
	Subtotal fase 4	394.190

Fuente: Documento Interno Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Adicionalmente, el proyecto contemplaba un presupuesto de \$364 millones para consultorías y asesorías, tanto para la elaboración del proyecto médico arquitectónico, como para asesorías en especialidades y la inspección técnica de obras.

- **Requerimiento de Recursos Humanos**

El proyecto Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B. contempló una dotación total de 795 funcionarios distribuidos entre personal clínico y personal de apoyo administrativo.

El cuadro que sigue presenta el requerimiento de personal según estamentos y separados entre centros clínicos, con un requerimiento total de 709 funcionarios y centros administrativos con un requerimiento de 86 funcionarios.

A nivel de estamentos, los técnicos paramédicos constituyen el estamento más requerido con un total de 329 cargos, divididos en 300 cargos para centros clínicos y 29 cargos para centros administrativos. Le sigue el estamento de médicos con un requerimiento total de 165 cargos, divididos en 84 cargos 28 horas (cargos de urgencia) y 81 cargos diurnos (de los cuales 76 son para centros clínicos y los restantes 5 cargos son para centros administrativos). Luego siguen los estamentos de matronas, auxiliares de servicios y enfermeras con un requerimiento total de 85, 74 y 71 cargos respectivamente. Cabe consignar que el proyecto contempla el requerimiento de 13 cargos profesionales para centros administrativos.

Cuadro nº 89: Requerimiento de Recurso Humano
Proyecto Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.

	CENTROS CLINICOS	CENTROS ADMINISTR.	RESUMEN
MED. 28 A.P.	84		84
MED.DIA	76	5	81
PROF.ADM.		13	13
MATRONAS	85		85
ENFERMERAS	67	4	71
TEC.MÉDICOS	6		6
Q.-FARMAC.		3	
OTROS PROF.		11	11
TEC.PARAM.	300	29	329
ADMINISTRAT.	23	15	38
AUX.DE SERV.	68	6	74
TOTALES	709	86	795

Fuente: Documento Interno Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Por su parte, el cuadro a continuación presenta el requerimiento de recursos humanos contemplado por el proyecto separado entre el personal reasignado desde el Hospital Salvador y el requerimiento neto adicional.

Del total de 795 cargos que contempla el proyecto, 707 cargos corresponden a reasignaciones de personal que ejecutará el Servicio de Salud desde otros establecimientos de su red asistencial (básicamente desde el Hospital Salvador) y 88 cargos constituyen incremento neto de dotación de personal.

Cuadro nº 90: Provisión de Recurso Humano
Proyecto Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.

	CLINICOS	CARGOS	ADMINIS.	CARGOS	TOTAL	RESUMEN
		NUEVOS		NUEVOS		C. NUEVOS
MEDICO 28 A.P.	84	18			84	18
MEDICO DIA	76	0	5	1	81	1
PROF.ADM.			13	9	13	9
MATRONAS	85	0			85	0
ENFERMERAS	67	44	4	4	71	48
TEC.MÉDICOS	6	6			6	6
Q.-FARMAC.			3	0		0
OTROS PROF.			11	6	11	6
TEC.PARAM.	300	0	29	0	329	0
ADMINISTRAT.	23	0	15	0	38	0
AUX.DE SERV.	68	0	6	0	74	0
TOTALES	709	68	86	20	795	88

Fuente: Documento Interno Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

- **Estimación de Gastos de Operación**

El proyecto Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B. contempló una estimación de los gastos de operación en personal (Subtítulo 21) y en bienes y servicios de consumo (Subtítulo 22).

El siguiente cuadro presenta la estimación de gasto anual en el subtítulo 21 Gastos en Personal detallada a nivel de Centro de Costo y según norma estatutaria que lo rige (Ley Médica o Estatuto Administrativo). Se estima que en régimen el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B. tendría un gasto anual en el subtítulo 21 de \$5,1 mil millones, en moneda del año 1999 (lo que equivale a \$7,7 mil millones en moneda de diciembre de 2012).

Cuadro nº 91: Estimación Gasto anual en Recurso Humano
Proyecto Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.
(Moneda de 1999)

CENTRO DE COSTO	LEY MÉDICA	LEY 18.834	COSTO TOTAL
EMERGENCIA	831.474.389,172	428.493.721	1.259.968.110
PABELLÓN-RECUPERACIÓN	78.382.376	488.066.101	566.448.477
UCI - INTERMEDIO	86.174.087	159.934.367	246.108.454
NEONATOLOGÍA	201.219.419	460.614.270	661.833.689
GINECO - OBSTETRICIA	105.102.472	596.695.969	701.798.441
HOSP. MÉD. QUIR. ADULTO	123.025.396	437.310.980	560.336.376
PEDIATRÍA	24.104.564	271.798.557	295.903.121
ANAT. PATOLÓGICA.	21.827.904	30.252.161	52.080.065
UNIDAD MEDICINA TRANSF.		52.748.957	52.748.957
UNIDADES APOYO INDUST.		90.752.702	90.752.702
ADMINISTRACIÓN		393.602.168	393.602.168
SUBTOTAL	1.471.310.607	3.410.269.953	4.881.580.560
SUPLENCIAS Y REEMPLAZOS	9.998.031	20.300.031	30.298.062
LEY Nº 19490		191.887.728	191.887.728
TOTALES	1.481.308.638	3.622.457.712	5.103.766.351

Fuente: Documento Interno Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

En relación a los Gastos en Bienes y Servicios de consumo detallados a nivel de ítem, se estima que en régimen el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B. tendría un gasto anual en el subtítulo 22 de \$3,34 mil millones, en moneda del año 1999 (lo que equivale a \$5,04 mil millones en moneda de diciembre de 2012), siendo el ítem gasto en farmacia el más importante con \$1,45 mil millones en moneda del año 1999 (que equivale a \$2,19 mil millones en moneda de diciembre de 2012).

Cuadro nº 92: Estimación Gasto anual en Bienes y Servicios
Proyecto Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.
(Moneda de 1999)

BB.Y SS. CONSUMO	PROYECCIÓN AÑO M\$
ALIMENTACIÓN	232.498
TEX. VEST. Y C.	162.968
COMB. Y LUBRICANTES	9.021
OTROS CONS. CORRIENTES	96.940
FARMACIA	1.448.877
MAT Y UT QUIRÚRGICOS	402.468
MANT. Y REPARACIÓN	138.942
CONS. BÁSICOS	281.511
SERV. GENERALES	454.812
INFORMÁTICA	114.072
CAPACITACIÓN	1.455
TOTAL	3.343.564

Fuente: Documento Interno Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

A nivel agregado, se estimaba que el gasto operacional anual del establecimiento sería de \$8,45 mil millones, en moneda del año 1999 (lo que equivale a \$12,75 mil millones en moneda de diciembre de 2012), valores que se compararán con los gastos efectivos presentados por el hospital en plena actividad.

V. EVALUACION EX POST

La evaluación ex – post constituye un proceso que cierra el ciclo de vida de un proyecto, complementando de esta manera las etapas de pre-inversión, inversión y operación, con un análisis comparativo que permite establecer en qué medida se han alcanzado los objetivos definidos y cuáles han sido los recursos involucrados en dicho logro.

En este capítulo contiene tres apartados. Se presenta en primer lugar, los costos de inversión asociados, en este caso solamente al Hospital Tisné, dado, que, como allí se explicará, no fue posible obtener información relativa a al Hospital Padre Hurtado. En segundo lugar se presenta una sección relativa a satisfacción usuaria, que recoge los resultados de la encuesta realizada en el marco de esta consultoría, así como una comparación con estudios realizados en años anteriores. El tercer apartado analiza la situación ex post de cada una de las redes asistenciales estudiadas.

1. Costos de inversión

Como se señaló anteriormente, solo ha sido factible obtener información del Proyecto Luis Tisné, dado que en el caso del Hospital Padre Alberto Hurtado, si bien se mediante entrevistas se identificó las necesidades que dieron origen al proyecto, no se cuenta con el Estudio Preinversional.

La construcción del hospital Luis Tisné se inició el 27 de septiembre de 1999 y se entregaron las obras el día 2 de agosto de 2001, es decir, la ejecución de la obra tomó un plazo total de 676 días, estando dentro del plazo convenido en el contrato.

A continuación representa una **comparación entre el presupuesto asignado y el costo del Proyecto**, en diferentes partidas.

Como se mencionó, el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B. contemplaba un *presupuesto inicial* para obras civiles por \$6.840.428.715 (moneda de 1999) y tenía un plazo de ejecución de 540 días, pero incorporó un total de 8 modificaciones por un monto total de \$973.923.409 (moneda de 1999), que elevaron la inversión a poco menos de \$7,9 mil millones (en moneda de 1999) y significó una ampliación del plazo de ejecución en 136 días.

El siguiente cuadro muestra el presupuesto que contemplaba el proyecto para el ítem consultorías y la estimación del gasto total que realizó la administración del establecimiento.

Cuadro nº 93:
Inversión en Consultoría Proyecto Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.
(Moneda diciembre de 2012)

CATEGORÍA	PRESUPUESTO (M\$ dic 2012) 539.002		TOTAL (M\$ dic 2012)
	GASTO ABRIL 2001 (M\$ dic 2012)	REQUERIMIENTOS 2001 – 2002 (M\$ dic 2012)	
PROYECTO ARQUITECTURA Y ESPECIALIDADES	214.791	10.680	225.471
ASESORÍA DE ESPECIALIDADES	104.985	54.407	159.392
INSPECCIÓN TÉCNICA	205.739	68.498	274.237
TOTAL	525.515	133.585	659.100

Fuente: Documento Interno Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

El siguiente cuadro presenta la comparación del presupuesto asignado al proyecto y la estimación de gasto que realizó el Servicio de Salud Metropolitano Oriente al año 2002 (en moneda de diciembre de 2012). Se observa que el gasto estimado estuvo por sobre el presupuesto en un 8,8% (\$1,7 mil millones), que se explican básicamente por modificaciones de contrato, mayor gasto por aumento de tipo de cambio en el caso de equipamiento y por la contratación de consultores especializados para la inspección técnica de obras, equipamiento y puesta en marcha.

Cuadro nº 94:
Comparación entre Presupuesto y Gasto estimado
Proyecto Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.
(Moneda diciembre de 2012)

CONCEPTOS	PRESUPUESTO ESTIMADO 1999 (M\$)	GASTO FINAL ESTIMADO 2002 (M\$)	OBSERVACIONES
OBRAS CIVILES	11.406.525	11.992.373	Corresponde a modificación de contrato hasta un 14,24% (585.848)
EQUIPAMIENTO	7.688.151	8.703.564	El déficit se produce sólo por tipo de cambio que es de 13,2%. Se intentará un gasto menor generado por reducción de equipamiento.
CONSULTORÍAS	539.002	659.100	Profesionales especializados para inspección técnica, equipamiento y puesta en marcha.
TOTAL	19.633.678	21.358.559	(1.724.881)

Fuente: Documento Interno Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Indicadores y variables de corto plazo

El siguiente cuadro presenta las variables e indicadores relacionados al cumplimiento de la ejecución en relación a las estimaciones en la construcción del mencionado proyecto:

Cuadro nº 95:
Ejecución vs. Estimación Proyecto Construcción Hospital Luis Tisné B.

Variable	Nombre del Indicador	Objetivo	Fórmula indicador	Indicador	Área de Medición
Costo obra principal	Porcentaje de cumplimiento de costos estimados de infraestructura	Medir la eficacia en uso de recursos asignados a la construcción del proyecto	(Costo real de obra / Costo estimado de obra)*100% (Costo real de obra / Costo inicial asignado)*100%	$\frac{((7.8.14.352.124^{55} - 6.840.428.715))}{6.840.428.715} * 100\% = 14,2\%$ $\frac{((7.8.14.352.124 - 5.324.706.000)^{56} - 1)}{5.324.706.000} * 100\% = 46,8\%$	Proceso
Costo de asesoría a la IF	Porcentaje de participación del costo de Asesoría en el proyecto	Medir participación del costo en asesoría en el total del proyecto	(Costo real de Asesoría costo total del proyecto)*100% (Costo real de asesoría Costo estimado de asesoría)*100%	$\frac{((458.922.000 - 7.814.352.124) - 1)}{7.814.352.124} * 100\% = 5,9\%$ $\frac{((458.922.000 - 373.305.000) - 1)}{373.305.000} * 100\% = 22,9\%$ por sobre lo estimado	Proceso
Plazo de Obras civiles	Variación en cumplimiento en plazo de construcción	Medir el cumplimiento en plazos de construcción	(Total de días reales de construcción/ Total de días estimado en construcción)*100%	$\frac{((676 - 540) - 1)}{540} * 100\% = 25,2\%$ por sobre lo estimado	Proceso

Fuente: Elaboración propia.

⁵⁵ Valores en moneda del año 1999.

⁵⁶ Valor asignado a moneda del año 1999.

Indicadores y variables de mediano plazo

El siguiente cuadro presenta las variables e indicadores utilizados para comparar la situación de cada Red Asistencial antes y después de la incorporación del respectivo establecimiento en estudio, el alcance de estos indicadores es el periodo de evaluación de los dos proyectos asistenciales (1998-2012) en el caso del SSMSO, y (2001-2012) para el SSMO. En cuanto a las fuentes de información, estos indicadores serán construidos con información disponible y detallada en este informe, proveniente de documentos recopilados de ambos Servicios de Salud.

Cuadro nº 96:
Indicadores de mediano plazo a comparar

TIPO INDICADOR	NOMBRE	INDICADOR	TIPO INDICADOR	NOMBRE	INDICADOR
Resultados Sanitarios	Tasa de nacidos vivos	(Total Nacidos vivos/ población asignada) *1000	Recursos para la Salud	Disponibilidad de R.R.H.H	(Personal red hospitalaria /Total de población beneficiaria)*10.000
	Índice de Mortalidad	(Total de fallecidos / población total beneficiaria)*100		Variación de presupuesto	[(Presupuesto tiempo t – presupuesto tiempo t-1) / presupuesto en tiempo t-1]*100
Población	Cobertura	Total de paciente del programa atendido / total de población beneficiaria del programa		Porcentaje de Variación del costo de producción	[Gasto total de operación en t / total de transferencias e ingresos propios en t] - [Gasto total de operación en t-1 / total de transferencias e ingresos propios en t-1] / [Gasto total de operación en t-1] *100
	Accesibilidad	Población atendida / población beneficiaria		Variación porcentual en Recuperación de ingresos propios	[Ingresos percibidos en t / ingresos devengados en t] - Ingresos percibidos en t-1 / ingresos devengados en t-1] / (Ingresos percibidos en t-1 / ingresos devengados en t-1) * 100
Recursos para la Salud	Ejecución Presupuestaria	(gastos (Ingresos) ejecutado/ presupuesto asignado)*100		Mecanismos de financiamiento	(Ingresos XX en t / total de ingresos en t)
	Unidades de Salud Disponibles	Nº de establecimientos de Salud en cada nivel de atención.		Costos de Administración	Gasto en sub. XX / gasto total operacional
	Costo Per cápita	Gasto total operacional/ población beneficiaria		Variación del gasto operacional	(Gasto en t- Gasto en t-1) / Gasto en t-1
	Costo unitario de producción	Gasto total de operación en t / total de transferencias e ingresos propios en t		Dotación de camas en nivel terciario	Total de camas disponibles de la red / total población beneficiaria
	Nivel de deuda	(Gasto Pagado/ gasto devengado) *100		Intervalo de sustitución	Camas disponibles / total de egresos
	Variación de dotación autorizada	(Dotación de R.R.H.H efectiva en t / Dotación de R.R.H.H autorizada por ley de presupuesto en t) *100		Índice de rotación	Total de egresos de la red / total de camas reales de la red.

2. Satisfacción usuaria

Este capítulo consta de dos apartados. En el primero, se muestran los resultados de la encuesta de satisfacción aplicada en el marco de esta consultoría. Las características de la muestra encuestada fueron presentadas en el capítulo metodológico, y el cuestionario aplicado se encuentra anexo. En el segundo, se establecen algunas comparaciones con encuestas anteriores.

2.1. Resultados de la encuesta

A continuación se señalan los resultados globales relativos a *satisfacción según hospital y calidad de usuario*, en base a diferentes aspectos de interés que fueron consultados en el cuestionario de encuesta, y también con el servicio recibido, con el Hospital y el Servicio de Salud Pública en general. El detalle de los resultados puede consultarse en anexo.

2.1.1. Satisfacción global con los hospitales en base a diferentes aspectos de interés

El cuadro siguiente muestra la Satisfacción Global con el Hospital. Se observa que ésta **es mayor en el caso del Hospital Tisné** (nota media 6.013), que en el Hospital Padre Hurtado (5.823).

En el **Hospital Tisné**, los aspectos mejor evaluados son la calidad de los médicos que atienden (6.52), el equipamiento e instrumental médico y la calidad de enfermeras y paramédicos (ambos con 6.38) y la facilidad para llegar al establecimiento (6.04), todos ellos ámbitos que tienen notas superiores al índice global.

Por su parte, en el **Hospital Padre Hurtado**, los aspectos mejor evaluados son calidad de médicos (6.52) y paramédicos y enfermeras (6.53), facilidad para llegar al establecimiento (6.31), equipamiento e instrumental (6.18) y aseo de las instalaciones (5.83), todos ellos superiores al índice global, aunque casi todos ellos también con notas inferiores a las del Hospital Tisné, salvo los casos de facilidad para llegar y calidad de enfermeras y paramédicos.

Cuadro nº 97: Satisfacción Global con el Hospital: Estadísticos Descriptivos según Hospital

	Hospital								
	Luis Tisné			Padre Hurtado			Total		
	Media	Mediana	Desv. típ.	Media	Mediana	Desv. típ.	Media	Mediana	Desv. típ.
Infraestructura en general (baños, salas de espera, box, etc.)	6,08	6,00	1,056	5,71	6,00	1,327	5,90	6,00	1,208
Aseo / limpieza de las instalaciones	6,04	6,00	1,079	5,83	6,00	1,223	5,94	6,00	1,155
Facilidad para llegar al establecimiento/ facilidad de acceso	6,19	7,00	1,041	6,31	7,00	1,094	6,25	7,00	1,068
Tiempo de espera para que le den hora	5,11	6,00	1,726	4,50	5,00	1,925	4,78	5,00	1,861
Tiempo de espera para ser atendido	5,24	6,00	1,695	4,77	5,00	1,793	5,01	5,00	1,758
Equipamiento e instrumental médico con el que cuenta	6,38	7,00	,802	6,18	7,00	1,112	6,28	7,00	,970
Calidad de los médicos que atienden	6,52	7,00	,828	6,52	7,00	1,047	6,52	7,00	,940
Calidad de las enfermeras y paramédicos	6,38	7,00	,877	6,53	7,00	,842	6,45	7,00	,862
Satisfacción global con el Hospital, índice	6,013	6,125	,7177	5,823	5,875	,8260	5,910	6,000	,7834

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

Dentro de todos estos aspectos, para los encuestados en general **los más importantes para la satisfacción con el hospital** son, a nivel agregado y en orden decreciente, la calidad de los médicos que atienden (37.8%), el tiempo de espera para ser atendido (18.7%), la calidad de las enfermeras y paramédicos (11.7%), el aseo / limpieza de las instalaciones (9.3%), el tiempo de espera para que le den hora (8.5%), el equipamiento e instrumental médico (8.4%), la infraestructura en general (4.0%) y la facilidad para llegar al establecimiento (1.5%). Ello se da de manera homogénea para los dos hospitales en el caso de los dos primeros aspectos (calidad de los médicos y tiempo de espera para ser atendido), pero después de éstos, en el caso del Hospital Padre Hurtado resulta más importante para la satisfacción, el equipamiento e instrumental médico que la calidad de las enfermeras y paramédicos.

Cuadro nº 98: Aspectos más importantes para la satisfacción con el Hospital. Primera y Segunda mención agregadas según Hospital

			Hospital		TOTAL
			Luis Tisné	Padre Hurtado	
Aspectos más importantes	Calidad de los médicos que atienden	%	40,3%	35,1%	37,8%
	El tiempo de espera para ser atendido	%	16,6%	21,0%	18,7%
	Calidad de las enfermeras y paramédicos	%	15,1%	8,0%	11,7%
	Aseo / limpieza de las instalaciones	%	10,4%	8,1%	9,3%
	El tiempo de espera para que le den hora	%	7,6%	9,5%	8,5%
	El equipamiento e instrumental médico	%	5,5%	11,5%	8,4%
	Infraestructura en general (baños, salas de espera, box)	%	2,7%	5,5%	4,0%
	Facilidad para llegar al establecimiento/facilidad acceso	%	1,7%	1,4%	1,5%
TOTAL	%		100%	100%	100%
	N		360	340	700

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

La misma información referente a satisfacción en relación a diferentes aspectos se observa en el cuadro siguiente, pero esta vez según calidad de usuario. El tipo de paciente más satisfecho es el ambulatorio, donde la satisfacción global alcanza una nota de 5.995, a nivel agregado. Los pacientes de urgencia y hospitalizados está algo menos satisfechos, con notas prácticamente iguales, de 5.847 y 5.848 respectivamente. En los tres tipos de pacientes, los aspectos mejor evaluados son la calidad de los médicos y de enfermeras y paramédicos que los atienden.

Luego de estos dos aspectos, entre los **pacientes ambulatorios**, los aspectos mejor evaluados son el equipamiento e instrumental médico (6.30) y la facilidad para llegar al establecimiento (6.22), todos ellos aspectos con nota sobre 6.

En el caso de los **pacientes de urgencia**, hay mayor satisfacción con la facilidad para llegar al establecimiento (6.31) y el equipamiento e instrumental (6.20).

Para los **pacientes hospitalizados**, y después de los dos aspectos ya señalados, aquellos más satisfactorios son facilidad para llegar al establecimiento (6.23) y aseo y limpieza de las instalaciones (6.07).

Los **aspectos a nivel agregado peor evaluados**, son el tiempo de espera para que le den hora (4.78) y el tiempo de espera para ser atendido (5.01), situación que es coincidente en el caso de los tres tipos de paciente.

Cuadro nº 99: Satisfacción en relación a diferentes aspectos, según calidad de usuario

Calidad de usuario		Infraestructura en general (baños, salas de espera, box, etc.)	Aseo / limpieza de las instalaciones	Facilidad para llegar al establecimiento/ facilidad de acceso	Tiempo de espera para que le den hora	Tiempo de espera para ser atendido	Equipamiento e instrumental médico con el que cuenta	Calidad de los médicos que atienden	Calidad de las enfermeras y paramédicos	Índice Satisfacción global con el Hospital
Paciente Ambulatorio	Media	5,95	5,94	6,22	4,91	5,31	6,30	6,59	6,49	5,995
	Mediana	6,00	6,00	7,00	5,00	6,00	7,00	7,00	7,00	6,125
	Desv. típ.	1,205	1,206	1,097	1,859	1,596	,879	,781	,819	,7791
Paciente Urgencia	Media	5,79	5,79	6,31	4,61	4,68	6,20	6,45	6,40	5,847
	Mediana	6,00	6,00	7,00	5,00	5,00	7,00	7,00	7,00	6,000
	Desv. típ.	1,304	1,282	1,077	1,973	1,882	1,060	1,016	,866	,8106
Paciente Hospitalizado	Media	5,94	6,07	6,23	4,70	4,98	6,34	6,50	6,47	5,848
	Mediana	6,00	6,00	7,00	5,00	5,00	7,00	7,00	7,00	6,000
	Desv. típ.	1,118	,954	1,030	1,777	1,759	,971	1,014	,900	,7636
Total	Media	5,90	5,94	6,25	4,78	5,01	6,28	6,52	6,45	5,910
	Mediana	6,00	6,00	7,00	5,00	5,00	7,00	7,00	7,00	6,000
	Desv. típ.	1,208	1,155	1,068	1,861	1,758	,970	,940	,862	,7834

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

Como ya indicamos, de todos estos aspectos, como se observa en el cuadro siguiente, el aspecto más importante a nivel agregado, y también para las tres categorías de pacientes, es la calidad de los médicos que atienden, a continuación del cual, pero con mucho menos importancia, se encuentran el tiempo de espera para ser atendido, y la calidad de las enfermeras y paramédicos, lo que se da de manera más o menos similar entre los tres tipos de pacientes, si bien en el caso de los pacientes ambulatorios tiene más peso el tiempo de espera para que le den hora.

Cuadro nº 100: Aspectos más importantes para la satisfacción con el Hospital. Primera y Segunda Mención Agregadas, según Calidad de Usuario

			Calidad de usuario			TOTAL
			Paciente Ambulatorio	Paciente Urgencia	Paciente Hospitalizado	
Aspectos más importantes	Calidad de los médicos que atienden	%	37,6%	37,5%	38,3%	37,8%
	El tiempo de espera para ser atendido	%	18,0%	24,9%	13,9%	18,7%
	Calidad de las enfermeras y paramédicos	%	7,9%	11,4%	15,6%	11,7%
	Aseo / limpieza de las instalaciones	%	9,4%	9,7%	8,8%	9,3%
	El tiempo de espera para que le den hora	%	14,2%	4,0%	6,9%	8,5%
	El equipamiento e instrumental médico	%	7,5%	8,1%	9,5%	8,4%
	Infraestructura en general (baños, salas de espera, box)	%	3,4%	2,9%	5,7%	4,0%
TOTAL	Facilidad para llegar al establecimiento/facilidad acceso	%	1,9%	1,4%	1,3%	1,5%
	%		100%	100%	100%	100%
N			244	213	243	700

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

2.1.2. Satisfacción global el servicio recibido, con el Hospital y con el Servicio de Salud Pública

En relación con la **satisfacción con el servicio recibido en esta oportunidad** (es decir, aquella en que acudieron al hospital y fueron encuestados), el cuadro siguiente permite observar que la nota media es superior en el Hospital Tisné (6.25), sobre el Hospital Padre Hurtado (6.03). De manera agregada, la nota media es de 6.14.

El cuadro también muestra la **satisfacción con el hospital en general**, respecto a la cual la nota media en el Hospital Tisné es también superior a la del Hospital Padre Hurtado (6.20 sobre 5.81). A nivel agregado, la nota media es de 6.01.

Además, se puede observar que la **satisfacción con el Servicio de Salud Pública en general**, considerando Hospitales y centros de salud, es bastante inferior a la satisfacción con ambos hospitales, siendo de sólo un 4.53. De todos modos, sigue siendo algo superior en el caso del Hospital Tisné (4.65) que en el del Hospital Padre Hurtado (4.41).

Cuadro nº 101: Satisfacción Global con el Hospital y la Salud Pública según Hospital

Hospital		¿Cuán satisfecho/a está usted con el servicio recibido en ESTA oportunidad?	¿Cuán satisfecho/a está usted con este Hospital EN GENERAL?	¿Cuán satisfecho/a está usted con el Servicio de SALUD PÚBLICA en general (Hospitales y Centros de Salud, en promedio)?
Luis Tisné	Media	6,25	6,20	4,65
	Mediana	7,00	6,00	5,00
	Desv. típ.	1,077	,991	1,547
Padre Hurtado	Media	6,03	5,81	4,41
	Mediana	6,00	6,00	5,00
	Desv. típ.	1,161	1,202	1,563
Total	Media	6,14	6,01	4,53
	Mediana	6,00	6,00	5,00
	Desv. típ.	1,122	1,116	1,558

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

Finalmente, el cuadro a continuación muestra la satisfacción global por tipo de usuario. A nivel transversal, y considerando la satisfacción con el servicio recibido en esta oportunidad, con el Hospital en general y con el Servicio de Salud Pública en general, **los más satisfechos son los pacientes hospitalizados, y los menos, los de Urgencia.**

Cuadro n° 102: Satisfacción Global con el Hospital y la Salud Pública según Calidad de usuario

Calidad de usuario		¿Cuán satisfecho/a está usted con el servicio recibido en ESTA oportunidad?	¿Cuán satisfecho/a está usted con este Hospital EN GENERAL?	¿Cuán satisfecho/a está usted con el Servicio de SALUD PÚBLICA en general (Hospitales y Centros de Salud, en promedio)?
Paciente Ambulatorio	Media	6,26	6,05	4,60
	Mediana	7,00	6,00	5,00
	Desv. típ.	1,017	1,156	1,639
Paciente Urgencia	Media	5,77	5,81	4,13
	Mediana	6,00	6,00	4,00
	Desv. típ.	1,348	1,219	1,622
Paciente Hospitalizado	Media	6,35	6,14	4,82
	Mediana	7,00	6,00	5,00
	Desv. típ.	,909	,948	1,332
Total	Media	6,14	6,01	4,53
	Mediana	6,00	6,00	5,00
	Desv. típ.	1,122	1,116	1,558

Fuente: elaboración propia en base a Encuesta.

2.2. Comparación con otros estudios de satisfacción usuaria

En el marco de esta consultoría, se dispuso de dos encuestas anteriores de satisfacción –ambas encargadas por el Minsal- que pueden servir como punto de comparación de los datos recabado en la encuesta y presentados en la sección anterior. Se trata de la Medición nacional de satisfacción usuaria en la red pública de salud de Chile, publicada en 2009⁵⁷, y del Estudio de Satisfacción de la Población Usuaria con Hospitales, publicado en Enero 2012⁵⁸. A continuación se exponen brevemente sus resultados.

2.2.1. Medición nacional de satisfacción usuaria en la red pública de salud de Chile (2009)

Tal como se puede observar en la gráfica a continuación, la atención Hospitalaria (o de hospitalización) es la que presenta los mayores niveles de satisfacción, donde el 78.7% de los usuarios califican la atención con notas 6 ó 7, es decir la califican como Satisfechos o Muy Satisfechos y sólo un 4.1% está Insatisfecho, resultando una Satisfacción Neta de 74.6%. En cambio

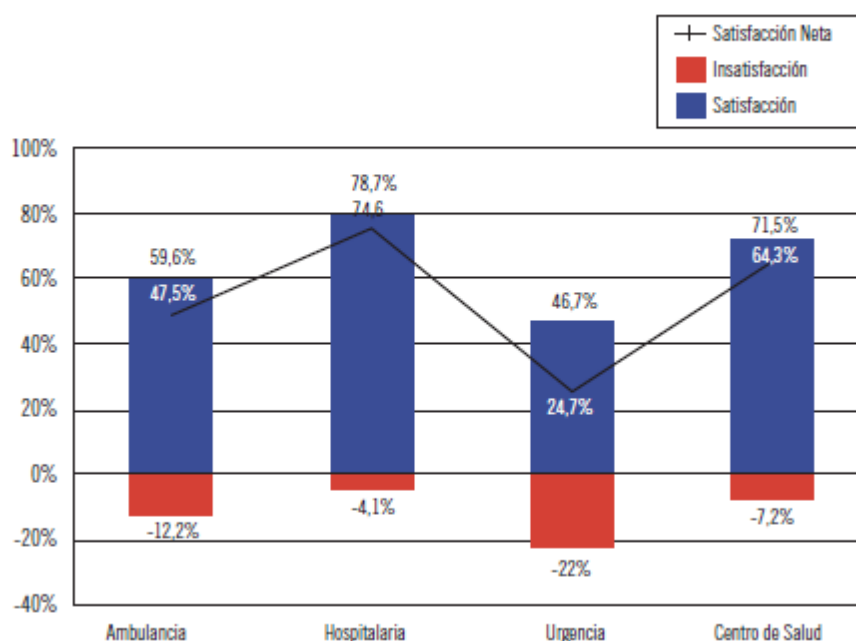
⁵⁷ Disponible en <http://www.ssmso.cl/tmparchivos/transparente/ParticipacionCiudadana/SatisfaccionUsuaria/MEDICIONNACSATISFAC.pdf>

⁵⁸ Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bc401e507f8b72c8e040010165014d8c.pdf>

la atención de Urgencia, presenta los menores niveles de Satisfacción y los mayores de Insatisfacción, con una Satisfacción Neta de 24.7%

Gráfico 47

1. SATISFACCIÓN NETA POR TIPO DE ATENCIÓN



Fuente: Documento Medición nacional de satisfacción usuaria en la red pública de salud de Chile (2009)

Tal como se observa en el cuadro a continuación, en relación específicamente a la **atención hospitalaria**, la mirada por servicio indica que la satisfacción alcanza a un 86.4% tanto en el caso del Servicio de Salud Metropolitano Oriente como del Sur Oriente, por sobre el 78.6% que se registra a nivel país.

Por su parte, en **atención ambulatoria** los porcentajes alcanzan a 78.4% y 63.2% para los servicios Oriente y sur Oriente, respectivamente, ambos por sobre el total país de 59.6%

Finalmente, en **atención de urgencia** los porcentajes de satisfacción son de 69.3% y 65.3%, ambos sobre el total país de 46.9%.

Cuadro nº 103: Porcentaje de encuestados que reportan satisfacción (notas entre 6 y 7)

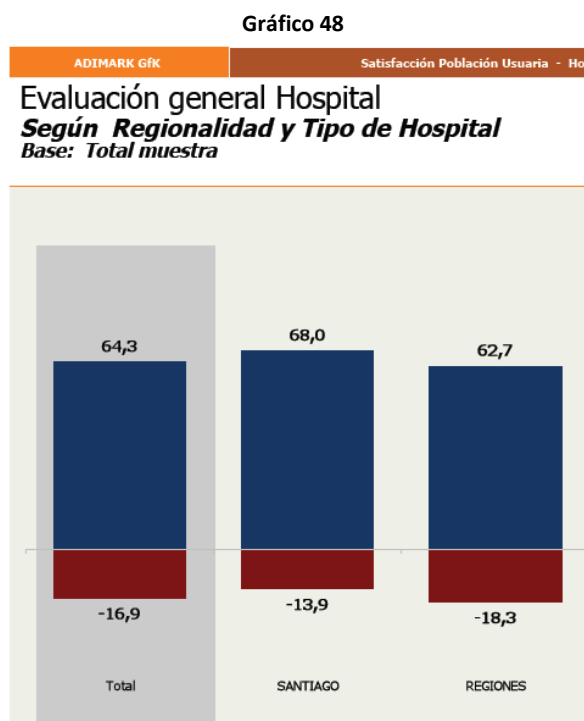
	Servicio de salud Metropolitano Oriente	Servicio de salud Metropolitano sur Oriente	Total país
Atención Hospitalaria	86.4%	86.4%	78.6%
Atención Ambulatoria	78.4%	63.2%	59.6%
Atención de Urgencia	69.3%	65.1%	46.6%

Fuente: elaboración propia en base a Documento Medición nacional de satisfacción usuaria en la red pública de salud de Chile (2009)

En relación a los hospitales que son objeto de la presente consultoría, se observa que el índice global de satisfacción para el caso del Hospital Tisné alcanza al 83.9%. No hay datos para el Hospital Padre Hurtado.

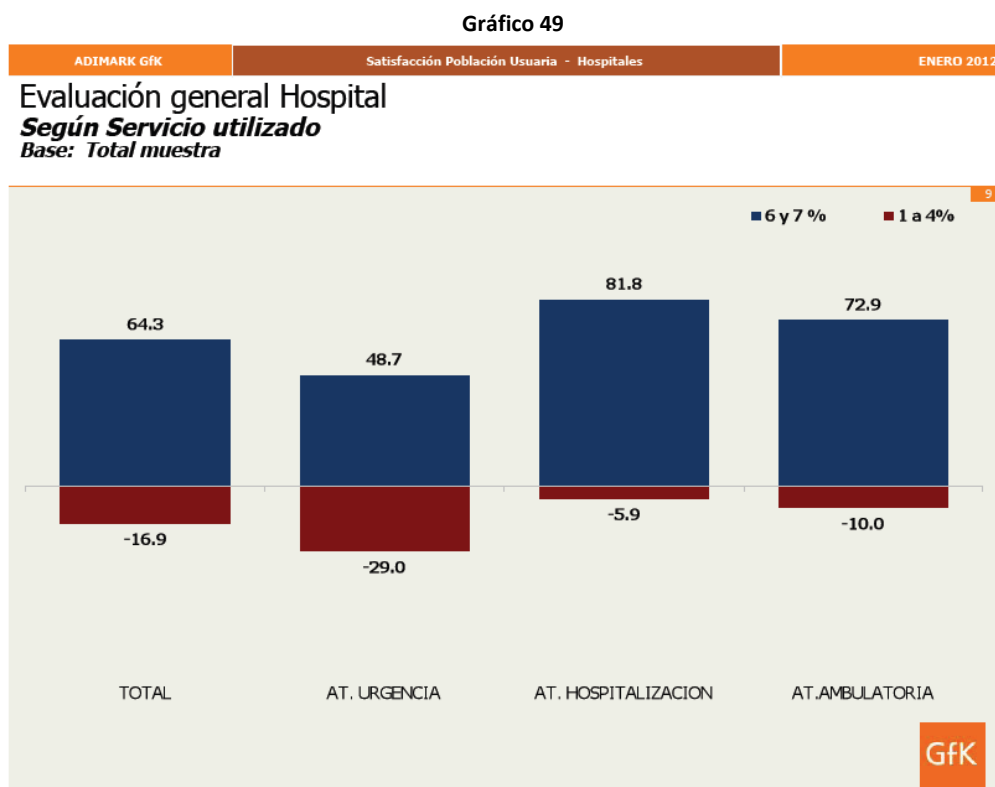
2.2.2. Estudio de Satisfacción de la Población Usuaria con Hospitales (2012)

En relación a la evaluación general que los encuestados hacen del Hospital, el 64.3% de los encuestados les pone nota entre 6 y 7, porcentaje que sube en el caso de Santiago y desciende en regiones.



Fuente: Estudio de Satisfacción de la Población Usuaria con Hospitales, encargado por el Minsal

Si se observa por tipo de servicio utilizado, la satisfacción es bastante superior en Hospitalizados (81.8%) e inferior en urgencia (48.7%).



Fuente: Estudio de Satisfacción de la Población Usuaria con Hospitales, encargado por el Minsal

A nivel de Servicios de Salud, la gráfica siguiente permite observar que en el caso del Servicio de Salud Oriente, la satisfacción alcanza al 74%, al igual que en el caso particular del Hospital Tisné. Por su parte, el Servicio de Salud Sur Oriente tiene un nivel de satisfacción del 70%, alcanzando el Hospital Padre Hurtado un 72%.

Por su parte, en el **Servicio de Salud Oriente** la satisfacción es mayor en atención ambulatoria, seguida por Hospitalización y luego por Urgencia, tal como ocurre también en el caso del Hospital Tisné. Sin embargo, en el caso del **Servicio de Salud Sur Oriente**, la satisfacción es mayor en Hospitalización, luego en atención ambulatoria y urgencia, tal como también ocurre con el Hospital Padre Hurtado.

Gráfico 50

ADIMARK GfK

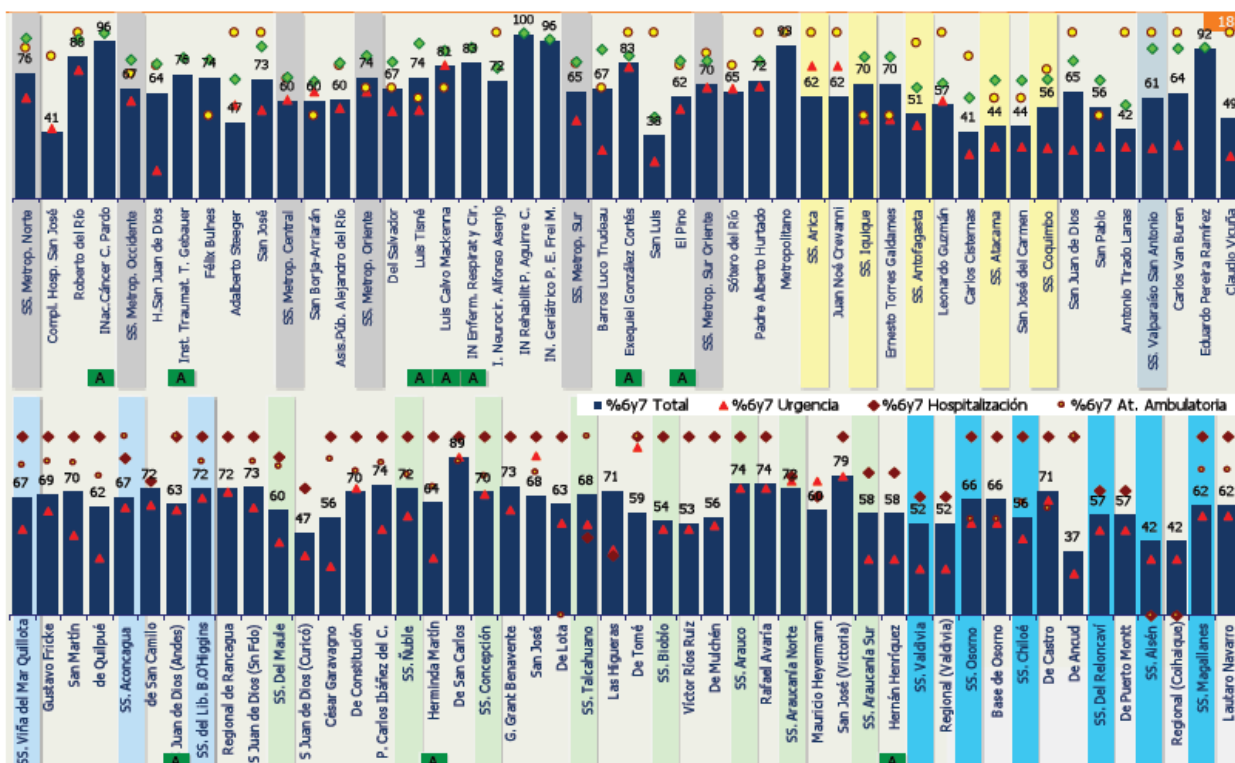
Satisfacción Población Usuaria - Hospitales

ENERO 2012

Evaluación general Hospital: %6y7

Según Servicio de Salud y Hospital y Servicio utilizado

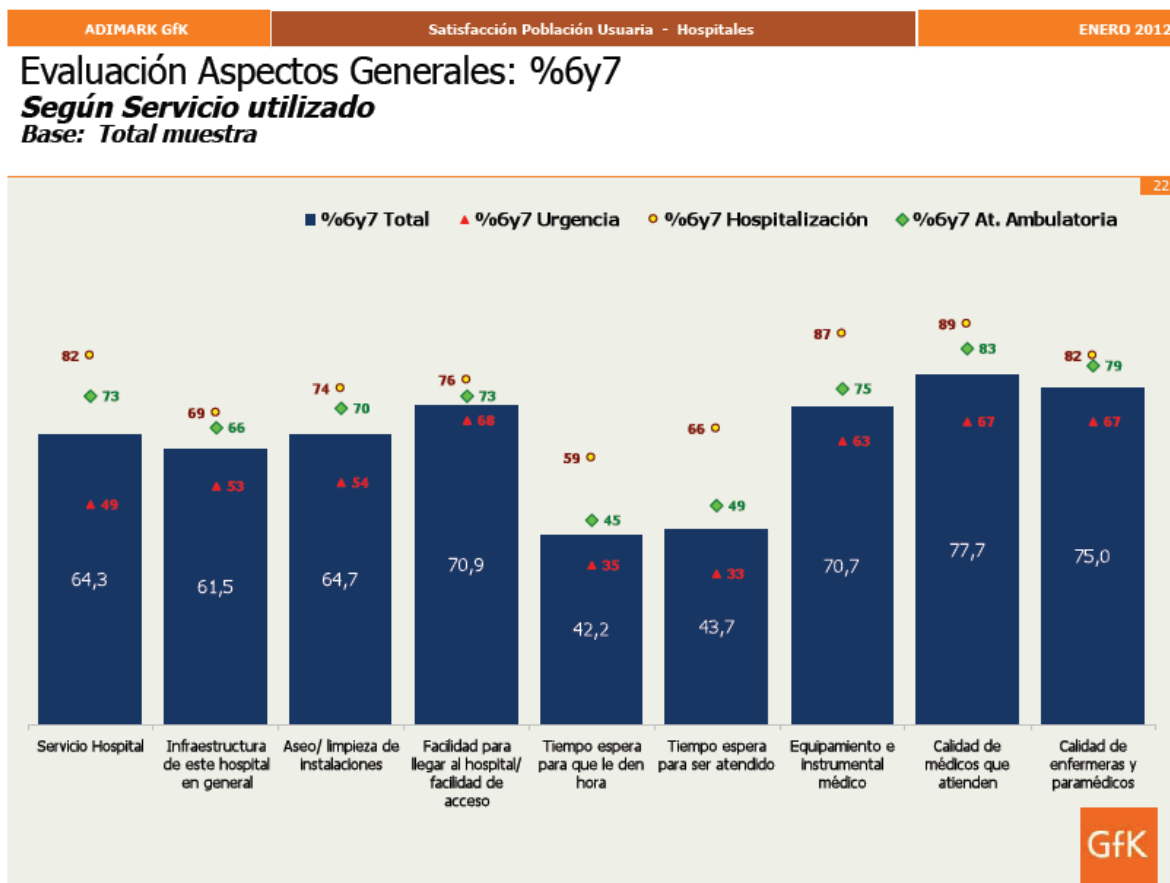
Base: Total muestra



Fuente: Estudio de Satisfacción de la Población Usuaria con Hospitales, encargado por el Minsal

El gráfico siguiente permite observar los **aspectos que inciden en la satisfacción**. El aspecto mejor evaluado—tal como en la encuesta aplicada en el marco de esta consultoría— es la calidad de los médicos que atienden, seguida por la calidad de enfermeras y paramédicos y luego por la facilidad para llegar al hospital y por el equipamiento e instrumental médico. Los aspectos con peor evaluación son el tiempo de espera para que le den hora y el tiempo de espera para ser atendido. Para todos los aspectos, la evaluación es mejor desde el punto de vista de los hospitalizados, y peor en el caso de quienes se atienden en Urgencia.

Gráfico 51



Fuente: Estudio de Satisfacción de la Población Usuaria con Hospitales, encargado por el Minsal

Tal como se observa en el cuadro siguiente, si se profundiza en cada aspecto, se tiene que en el **Servicio de Salud Oriente**, el aspecto mejor evaluado es la calidad de los médicos que atienden, a lo que en el Hospital Tisné, se suma la infraestructura y el aseo. Llama la atención que todos los aspectos son mejor evaluados para el Hospital que para el Servicio.

En el **Servicio de Salud Sur Oriente**, el aspecto mejor evaluado es la facilidad para llegar a los hospitales, aunque la calidad de los médicos que atienden, el equipamiento e instrumental y la calidad de enfermeras y paramédicos son también muy bien evaluadas. Ello se replica casi exactamente en el Hospital Padre Hurtado.

Cuadro nº 104: Encuestados que ponen nota entre 6 y 7 a cada aspecto

Aspecto	SSM Oriente		SSM Sur Oriente	
	Total Servicio	Hospital Luis Tisné	Total Servicio	Hospital Padre Hurtado
Infraestructura del hospital en general	53%	91%	65%	77%
Aseo/ Limpieza de las instalaciones	63%	91%	68%	77%
Facilidad para llegar al hospital/ Facilidad de acceso	70%	78%	87%	86%
Tiempo de espera para que le den hora	53%	65%	45%	44%
Tiempo de espera para ser atendido una vez que está en el hospital	54%	75%	44%	46%
Equipamiento e instrumental médico	79%	89%	86%	89%
Calidad de los médicos que atienden	85%	90%	86%	87%
Calidad de las enfermeras y paramédicos	74%	85%	85%	89%

Elaboración propia en base a documento Estudio de Satisfacción de la Población Usuaria con Hospitales, encargado por el Minsal.

Además de lo ya señalado, como conclusiones de este estudio se plantean las siguientes:

- A nivel general se aprecia que las fortalezas del servicio de hospitales, radican en la atención dada por el cuerpo médico.
- Las oportunidades de mejoramiento van en la línea de la pre atención: tiempos de espera.
- A nivel de tipo de atención, el servicio de hospitalización es satisfactorio para la población usuaria.
- El servicio de urgencia es el que a la luz de los resultados, aparece como el necesario a intervenir.

2.2.3. Síntesis comparativa

Los dos estudios revisados permiten observar los siguientes resultados:

- La atención hospitalaria presenta mayores niveles de satisfacción, y Urgencias, los menores. Ello se replica en el estudio de 2012 para el Servicio Sur Oriente, pero no para el SSMO, en el cual hay mayor satisfacción en atención ambulatoria. Para el caso de la encuesta asociada al presente estudio, ello se replica, dado que considerando la satisfacción con el servicio recibido, con el Hospital en general y con el Servicio de Salud Pública en general, los más satisfechos son los pacientes hospitalizados, y los menos, los de Urgencia.
- En relación a los aspectos que inciden en la satisfacción, en el estudio de 2009 no se utilizaron las mismas categorías que en 2012, por lo que no se analizaron. Sin amargo, los datos de 2012 permiten señalar que el aspecto mejor evaluado—tal como en la encuesta aplicada en el marco de esta consultoría— es la calidad de los médicos que atienden, seguida por la calidad de enfermeras y paramédicos y luego por la facilidad para llegar al hospital y por el equipamiento e instrumental médico.

3. Situación Ex Post de las Redes Asistenciales

En esta fase es posible apreciar cambios importantes en la manera en que se realiza la **gestión de redes**. Algunos de estos cambios corresponden a políticas locales a nivel de los Servicios de Salud y otros han sido promovidos e implementados por el Nivel Central, a partir del proceso de Reforma Sectorial.

A continuación se destacan los **aspectos más relevantes del modelo actualmente vigente**, entre los que se encuentran la existencia de instancias formales para la gestión de redes, el uso de tecnologías de la información, la existencia de una unidad de gestión de camas críticas y la compra a privados realizada por el servicio de salud y por FONASA.

a) Instancias formales para la gestión de redes

Actualmente, la gestión de cada red asistencial recae en el Director del Servicio de Salud, denominado **Gestor de Redes Asistenciales**, según lo establece la normativa legal vigente (Artículo 21 A de la Ley de Autoridad Sanitaria Nº 19.937 y el Decreto Nº 140 de 2004). Esto es un reflejo de la relevancia que se asigna al tema de la adecuada gestión y utilización de recursos dentro de la red y con las redes con las cuales se relaciona, dejando a la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) las labores más relacionadas con el tema de fiscalización y regulación, las que antes estaban radicadas en el Servicio. El impacto de este modelo ha sido importante, aun cuando en términos cuantitativos es difícil de objetivar.

Esta misma normativa legal crea el **Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA)**, conformado por los directivos de los establecimientos prestadores de la red asistencial del Servicio correspondiente. Esta entidad tiene un carácter asesor y consultivo, debiendo generar en forma permanente un diagnóstico y análisis de la red asistencial y proponer los mecanismos que garanticen una óptima coordinación entre los establecimientos para la adecuada cobertura de las necesidades de salud de sus beneficiarios.

Esta instancia es muy relevada en ambos Servicios en estudio, cumpliendo un rol creciente en la coordinación de los diferentes establecimientos dentro de la red y fuera de ella, la generación de normas y algoritmos que permitan unificar los criterios de derivación los que incluye la definición básica de “qué se deriva y a dónde se deriva”.

Por su parte, los establecimientos tienen un **gestor de red** que es responsable a nivel local de la derivación de paciente, labor que en ocasiones incluye la gestión de las camas en establecimientos de atención cerrada.

b) Uso de tecnologías de la información

En este ámbito destaca la puesta en marcha del **Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA)**. El SIDRA es un modelo informatizado que fue licitado en el año 2008 y cuya implementación ha sido progresiva en el sistema público de salud, no exenta de resistencias en algunos establecimientos, a pesar de lo cual, sus ventajas son destacadas. El propósito con el cual se creó, según las definiciones del propio MINSAL dicen relación con:

- Agilizar el proceso de atención del usuario en su tránsito por la red asistencial.
- Modernizar los procesos de registro clínico
- Contar con una fuente única, estandarizada e integrada de información.
- Disponer de información actualizada, segura y confiable.
- Disminuir la duplicidad del proceso de registro.
- Asegurar la interoperabilidad de los distintos sistemas de información del sector.
- Implementar los principios de gestión del cambio para mejorar eficientemente los sistemas

Este proyecto, también conocido como la denominada **Ruta 5D de Salud** “*materializó una aspiración tendiente a dotar al sector de una plataforma base de comunicaciones de voz, datos e imágenes sobre la cual implementar sucesivas capas tecnológicas que contribuyan al proceso de modernización y mejora de la gestión, necesarios para proporcionar una mejor salud y calidad de vida a la población beneficiaria. La Red de Salud, por muchas personas conocida, como la Ruta 5 Digital de Salud (Ruta 5D de Salud), es una red privada virtual que integra a los establecimientos asistenciales hasta los Consultorios de Atención Primaria Municipalizados, al interior de la cual prácticamente todos los usuarios pueden comunicarse vía anexos, sin costo adicional, utilizando tecnología VoIP*”.

El SIDRA se inicia con 5 módulos, que se señalan a continuación, y en la actualidad se está en fase de estudio de las bases de licitación para cubrir otros módulos de aplicación en el SNSS:

1. **Sistema de referencia y contra-referencia:** administra la agenda o el otorgamiento de cupos para prestaciones de salud entre los diferentes niveles de atención.
2. **Agenda:** informa respecto de las vacantes locales y remotas en las diferentes prestaciones de salud entregadas en la red en los tres niveles de atención.
3. **Registro de población bajo control:** entrega información respecto de la población bajo control en la red pública, incluyendo los datos del programa Chile Crece Contigo.
4. **Registro de atenciones de urgencia:** a nivel nacional y en línea.
5. **Dispensación de fármacos:** corresponde al proceso de dispensación de fármacos en atención abierta y cerrada, dando información sobre la gestión de esta relevante área.

c) Unidad de Gestión de Camas Críticas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (UGCC)

Esta unidad inicia sus funciones en el año 2010, como respuesta a la *alta demanda insatisfecha de camas que se generan en el período invernal*, particularmente para la atención de pacientes críticos. La idea eje de esta iniciativa es gestionar en forma centralizada las camas de paciente crítico, coronario y de agudos a nivel de toda la red pública para una atención más oportuna y adecuada de los pacientes que la requieren.

De esta forma, la UGCC dispone en tiempo real de la dotación de camas y su ocupación a nivel de toda la red pública, y recepciona las solicitudes para derivar pacientes, emanadas desde los diferentes establecimientos de atención cerrada de la red, en aquellas situaciones en que la red local no es capaz de cubrir dicha demanda. La **gestión de derivaciones** se realiza desde la UGCC, quien en caso de no tener cupos disponibles, gestiona la derivación a centros privados en convenio o sin convenio con FONASA. Participa además en la gestión de derivaciones a establecimientos especialmente diseñados para estos efectos como es el Hospital Metropolitano, que inicia sus funciones en el año 2009 siendo parte de la red del SSMSO que atiende pacientes adultos portadores de enfermedades médicas, sin atención de urgencia.

El impacto de esta iniciativa ha sido muy destacado, permitiendo optimizar el uso de este recurso insuficiente y de tan alto costo.

d) Compra a privados realizada por el Servicio de Salud y por FONASA

La complementación público-privada, entendida como la inclusión dentro de los prestadores que asisten a pacientes beneficiarios del sistema público de salud a establecimientos privados, ha tenido desde el año 2010 una importante expansión. Es así como el FONASA a partir de ese año aumenta sustantivamente los fondos para la compra de diferentes tipos de prestaciones a prestadores privados, los que se concentran principalmente en dos grandes áreas:

- a) Prestaciones requeridas para cumplir con las garantías de oportunidad GES que establecen las normas legales vigentes
- b) Compra de días cama para pacientes de cuidados críticos y agudos, que es gestionada por la UGCC de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL.

A esto se agregan los convenios con prestadores privados para *Hemodiálisis*, que es un programa que existe desde el año 2005.

El **Programa de Compras a Privados** que realiza FONASA, ha tenido en el período 2009 – 2013 un incremento del 92% con cifras de MM\$ 70.118 a MM\$ 134.687 en dicho período. Cabe señalar que los Servicios de Salud a nivel nacional realizan compras por valores equivalentes a la compra centralizada del FONASA.

Es así como los Servicios de Salud y establecimientos públicos también tienen convenios para la realización de prestaciones específicas, que por su baja demanda y/o alto costo, se compran a privados. A esto se agregan aquellas prestaciones que tienen una alta demanda y generan listas de espera por limitaciones en la oferta de la red. **Este hecho implica que las redes de referencia y contra-referencia no sólo se dan dentro de los establecimientos públicos y delegados, sino también con los privados.**

3.1. Situación Ex Post del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Este Servicio de Salud tiene a su cargo las comunas de Puente Alto, La Florida, San Ramón, La Granja, La Pintana, San José de Maipo y Pirque. Para efectos de racionalizar la entrega de los servicios de salud en la superficie territorial y poblacional sur oriente, la Red ha sido dividida en tres **áreas funcionales o subredes**: Cordillera, Santa Rosa y La Florida.

Cuadro nº 105:
Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente con Hospital Padre Hurtado

Nivel	Tipo de establecimiento	Cantidad	Nombre
Terciario	Hospitales de Alta Complejidad	4	Complejo Dr. Sótero del Río
			Hospital Padre Hurtado
			Hospital Metropolitano
			Hospital de la Florida
	Hospitales de Mediana Complejidad	1	Hospital San José de Maipo
	Hospital Delegado ⁵⁹	1	Centro de Enf. Respiratorias J. Martínez
Secundario	CDT	1	Complejo Dr. Sótero del Río
	CRS	3	Hospital Padre Hurtado
			San Rafael
			Metropolitano de Sangre y Tejidos
Primario	CESFAM / CSU	33	
	COSAM	8	
	CECOF	3	
	Posta rural	8	
	SAPU	22	

Fuente: DEIS MINSAL 2012

En cuanto al **nivel primario**, la dispersión geográfica y cantidad de población beneficiaria de este Servicio explica en gran medida el hecho de que la red APS existente tenga una mayor cantidad de SAPU que el promedio de los servicios, cubriendo de esta forma una extensa área geográfica para la atención de urgencia, la que se complementa con los Servicios de Urgencia del Complejo Sotero del Río y el Hospital Padre Hurtado que cubren la atención pediátrica, adultos y maternal. A ello se agrega la atención de urgencia del Hospital de baja complejidad de San José de Maipo.

Sin embargo, la **población promedio para cada Centro de Salud/CESFAM y CECOF⁶⁰**, es **significativamente mayor que la capacidad de oferta**, lo cual implica una mayor demanda de atención ambulatoria principalmente al CRS del Hospital Padre Hurtado y los CDT adosados al complejo Sótero del Río. Así, se generan brechas de oferta y demanda importantes en el nivel primario que impacta en forma directa sobre el nivel secundario (CRS y CDT).

En el año 2004 se instaura en el SSMSO el *Proyecto Áncora de la Universidad Católica*, que incorpora e integra tres establecimientos de APS tipo CESFAM con carácter docente asistencial a esta red, los cuales atienden a la misma población beneficiaria que corresponde a este servicio.

⁵⁹ Hospital delegado: si bien no es parte del SNSS, se delegan en él funciones asistenciales para la población beneficiaria del sistema público de salud, a través de convenios entre el Estado y la entidad privada correspondiente.

⁶⁰ Población promedio: se refiere a la población que debe ser atendida en cada uno de estos establecimientos; lo que se observa es que la oferta que cada establecimiento tiene, es menor a la requerida por la población que está siendo atendida, lo cual genera una demanda insatisfecha que busca resolver entonces sus problemas de salud en el nivel secundario.

Los CESFAM en funciones son Madre Teresa de Calcuta y San Alberto Hurtado en Puente Alto, y Juan Pablo II en La Pintana. Es decir, este proyecto incorpora 3 establecimientos a la red con lo cual suman un total 33 CESFAM/CSU, los que atienden población beneficiaria correspondiente a las comunas en las que están ubicados, cumpliendo funciones asistenciales equivalentes a la de los demás CESFAM.

En cuanto a los **niveles secundario y terciario**, son cinco los hospitales públicos y un delegado que conforman esta red asistencial; cada uno de ellos aporta al nivel secundario, el cual está representado principalmente por el CRS y el CDT de los hospitales Padre Hurtado y Complejo Sotero del Río, a los cuales se agrega la atención ambulatoria de los hospitales San José de Maipo y Josefina Martínez, establecimiento pediátrico de enfermedades respiratorias exclusivamente. El cuadro siguiente describe brevemente a cada uno de estos establecimientos:

Cuadro nº 106:
Breve descripción de los establecimientos del nivel secundario y terciario del SSMSO

- El Complejo Sotero del Río es un establecimiento que tiene 3 grandes áreas de atención ubicadas en edificios diferenciados: pediátrica (121 camas), del adulto (458 camas) y de la mujer (200 camas); cada una de estas áreas cuenta con servicio de urgencia y su atención de nivel secundario. Se agregan a estos, servicios especializados como son el centro de nefrología, de oftalmología, cuidados paliativos, salud mental (con 42 camas de corta estada), entre los más destacados. El Complejo tiene centros de apoyo diagnóstico y terapéutico en un alto nivel de complejidad. - Es uno de los centros hospitalarios más grandes del país, contando con una dotación sobre las 750 camas en todo el complejo, de las cuales 101 son de paciente crítico; éstos generan sobre los 43 mil egresos anuales. Sobre el 75% de estos ingresos son de urgencia, lo cual genera listas de espera para la atención programada, en el caso de cirugías electivas por ejemplo. - A pesar de los aumentos en la producción, las listas de espera son un tema relevante ya que existen para procedimientos, cirugías electivas y consultas de especialidades. Esto exceptúa las patologías GES que tienen sobre un 90% de cumplimiento en las garantías. - El Hospital Padre Hurtado se inaugura el año 1998, aumentando en forma progresiva los servicios ofrecidos a la comunidad, incluyendo el Servicio de Urgencia Adultos inaugurado en abril del año 2009. - Cuenta en la actualidad con 384 camas, de las cuales 40 corresponden a unidades de paciente crítico, un CRS y tres servicios de urgencia: adulto, pediátrico y maternal. Con este establecimiento, la red del SSMSO amplía su oferta en una amplia gama de la cartera de servicios y cubre una demanda muy importante generada por comunas de alta densidad poblacional. La gestión asistencial está organizada en unidades funcionales de la mujer, del adulto y del niño, tanto para la atención de hospitalizados, ambulatoria como de urgencia. - El Hospital Metropolitano, ex Hospital Militar, se agregó a la red del SSMSO en el 2009 con el objetivo principal de amentar la insuficiente dotación de camas, aportando con 140 camas de adulto y atendiendo sólo pacientes adultos hospitalizados con patología médica, sin atención de urgencia. Con posterioridad al terremoto del 2010, este hospital recibe también pacientes del Hospital Félix Bulnes, que resulta seriamente dañado, y con el que existe una modalidad de derivación que es gestionada en forma directa. - El Hospital de San José de Maipo es un centro de mediana complejidad con 226 camas, destinado principalmente a pacientes tuberculosos, alcohólicos y con otras patologías crónicas de larga estada, 20 de las cuales son de las denominadas camas “socio-sanitarias”. Cuenta además con atención general pediátrica y de adulto y un servicio de urgencia. - Finalmente, el Hospital Josefina Martínez es un establecimiento delegado, es decir en convenio con el SNSS y gestionado como una Fundación, originalmente destinada a niños con tuberculosis, pero que con el tiempo ha derivado en el manejo de pacientes pediátricos con problemas respiratorios, siendo un importante aporte para el manejo de este tipo de pacientes. Cuenta con atención tanto para pacientes agudos como crónicos incluyendo aquellos con requerimiento de asistencia ventilatoria crónica. El Hospital tiene un convenio docente asistencial con la Universidad Católica. - El CRS San Rafael que se incorpora a la red de nivel secundario fue inaugurado en 1995 y cuenta con atención Gineco-obstétrica, de Medicina Interna y Pediatría más algunas especialidades de alta demanda como son

dermatología, otorrinolaringología, oftalmología, neurología y cirugía ambulatoria tanto para población adulta como infantil.

- En este panorama se ha incluido el **Hospital de la Florida** recientemente inaugurado, el que suma a la red un total de 391 camas, de las cuales 24 corresponden a pacientes críticos adultos, 12 a pacientes críticos pediátricos y 24 a neonatos. Contará con servicio de urgencia y 17 pabellones.

Fuente: Resumen de elaboración Propia.

Excluyendo las camas que aporta el nuevo hospital en La Florida, la **tasa de camas por 1,000 habitantes** (beneficiarios del sistema público de salud) en este servicio es de 1,4 y la **tasa de camas UCI** de 4,8, la primera de ella bajo los estándares internacionales recomendados, que indican que para camas globales la tasa óptima es de 2,5.

En cuanto al número de **establecimientos APS** en relación a población beneficiaria, los resultados se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro nº 107:
Población Beneficiaria del FONASA en relación a establecimientos APS
SSMSO – Año 2012

Establecimiento	Cantidad	Beneficiarios por tipo de Establecimiento
CESFAM / CSU	33	28.050
COSAM	8	115.708
CECOF	3	308.555
Posta rural	8	115.708
SAPU	22	42.076

Fuente: Elaboración propia.

La **red privada** que está presente en estas comunas, es comparativamente menor que la existente en otras comunas de la Región Metropolitana. En aquellas más rurales como Pirque y San José de Maipo, los establecimientos privados son inexistentes; esto representa un indicador respecto de los niveles de ingreso de la población residente y constatan el hecho de que la única red disponible para gran parte de la población es la red pública.

Las comunas que tienen establecimientos privados son La Florida con 12 establecimientos, La Pintana con 1 y Puente Alto con 8 según se muestra en la tabla siguiente⁶¹:

Cuadro nº 108:

⁶¹ No se dispone de información respecto de las características de estos establecimientos en cuanto a nivel de complejidad, cartera de servicios o número de camas.

**Centros Privados en territorio asignado al
SSMSO – Año 2012- por Comuna**

Comuna	Tipo de Establecimiento	Propiedad	Cantidad	Total
La Florida	Centro de Salud	ACHS	1	12
	Hospital	Capredena	1	
	Centro de Salud	Cámara Ch. de la Constr.	1	
	Centro Diagnóstico Terapéutico	Privado	2	
	Cento de Salud	Privado	2	
	Clínica	Privado	4	
	Laboratorio	Privado	1	
La Pintana	Clínica	Privado	1	1
Puente Alto	Centro de Salud	ACHS	1	8
	Centro de Salud	Cámara Ch. de la Constr.	1	
	Centro Diagnóstico Terapéutico	Privado	1	
	Cento de Salud	Privado	2	
	Clínica	Privado	2	
	Laboratorio	Privado	1	

Fuente: Elaboración propia.

a) Descripción de la Red

La red correspondiente al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, entre los años 1999-2012, se organizó de la siguiente manera:

- **Nivel Secundario:** Hospital Sótero del Río, Hospital Padre Hurtado, Hospital San José de Maipo, C.D.T., C.R.S. La Florida y C.R.S. Padre Hurtado
- **Nivel Primario:**
 - **Consultorios Generales Urbanos:** Cons. Adosado San José de Maipo, Cons. Pirque, Cons. Alejandro del Río, Cons. San Gerónimo, Cons. Vista Hermosa, Cons. Bernardo Leighton, Cardenal Raúl Silva Henríquez, Cons. Los Castaños, Cons. Bellavista, Cons. Villa O'Higgins, Cons. Los Quillayes, Cons. Maffioletti, Cons. La Granja, Cons. Malaquias Concha, Cons. La Bandera, Cons. San Ramón, Cons. San Rafael, Cons. Pablo de Rokha, Cons. Stgo. Nueva Extremadura, Cons. Santo Tomás, Cons. Flor Fernandez (Carita).
 - **Consultorios Rurales:** Cons. Pirque, Cons. Vista Hermosa.
 - **Postas Rurales:** Posta Rural Pirque, Posta Rural San José de Maipo, Posta La Obra, Posta El Volcán, Posta Puntilla, Posta San Juan, Posta Santa Rita, Posta Los Arcaya, Posta El Principal, Posta Las Perdices.

A su vez, la distribución de dicha Red por comuna es la siguiente:

Cuadro nº 109:
Distribución de la Red Sur Oriente por Comuna Año 1999

NIVEL SECUNDARIO		
H. Sótero del Río	H. Padre A. Hurtado	
CDT	CRS Padre A. Hurtado	
CRS la Florida		
NIVEL PRIMARIO		
COMUNA S.J. DE MAIPO	COMUNA DE PIRQUE	COMUNA PUENTE ALTO
Consultorio Adosado San José de Maipo	C. pirque	C. Alejandro del Río
Posta las Vertientes	Postas rurales Pirque	C.San Gerónimo
Postas rurales San José de Maipo	Cesfam JM. Balmaceda	C. Vista Hermosa
Posta el Volcán	Posta Puntilla	C. Bernardo Leyton
Posta San Gabriel	Posta Santa Rita	C. Raúl Silva Henríquez
	Posta lo Arcaya	
	Posta San Vicente	
COMUNA LA FLORIDA	COMUNA LA PINTANA	COMUNA LA GRANJA
C. Los Castaños	C. San Rafael	C. La Granja
C. Bellavista	C. P. de Rokha	C. Malaquías Concha
C. Villa O'higgins	C. S. Nva. Extremadura	
C. Los Quillayes	C. Santo Tomas	COMUNA SAN RAMON
C. Maffioletti	C. El Roble	C. La Bandera
Posta Las Perdices	C. Flor Fernández	C. San Ramón

Los establecimientos de la Red, de **mayor complejidad** en los años 1999 a 2012 corresponden al Hospital Dr. Sótero de Río, en Puente Alto; el Sanatorio San José de Maipo, ubicado en la comuna del mismo nombre, y el Hospital Padre Hurtado en San Ramón.

Gestión de la red asistencial del SSMSO con el Hospital Padre Hurtado

Como ya se describió, este servicio cuenta con una vasta red de establecimientos de APS y SAPU para cubrir en primera instancia el mayor volumen de atenciones que requiere la población beneficiaria; participan en él los 3 CESFAM de la red Áncora, dos de los cuales están en Puente Alto y uno en la comuna de La Pintana.

La **referencia y contra-referencia** de pacientes entre la APS y el nivel secundario se realiza primeramente según comunas, correspondiendo al H. Sotero del Río las derivaciones de Puente Alto, La Florida y Pirque; al Hospital Padre Hurtado aquellas de San Ramón, La Granja y La Pintana y al H. San José de Maipo las de la comuna de San José de Maipo.

Esta misma distribución de comunas rige para la referencia de pacientes de urgencia; en el caso de aquellas asociadas al Hospital Padre Hurtado, se agregan los Servicios de Urgencia Comunal implementados en las tres comunas con las cuales se relaciona.

El Hospital Josefina Martínez recibe pacientes pediátricos que son derivados desde la APS, nivel secundario y terciario de la red asistencial SSMSO, cuando en estos establecimientos de atención cerrada no hay cupo de camas. La derivación se realiza considerando criterios establecidos por el establecimiento en cuanto a las condiciones de los paciente y su traslado.

En cuanto a las derivaciones dentro de la red hospitalaria, el Hospital Padre Hurtado y Sótero del Río concentran la mayor complejidad, habiendo cierto tipo de patología que el Hospital Padre Hurtado no tiene incorporada en su cartera de servicios y por lo tanto son derivados al Hospital Sótero del Río.

Cuadro nº 110:
Especialidades referidas desde el Hospital Padre Hurtado al Complejo Sotero del Río

Especialidad	Adulto	Infantil
Dermatología	+	+
Oncología	+	+
Hematología	+	+
Medicina Física y Rehabilitación	+	
Enfermedades de Transmisión Sexual	+	
Traumatología resolución quirúrgica		+
Neurocirugía*		+

*Pacientes neuroquirúrgicos adultos son derivados al Instituto de Neurocirugía.

El Hospital Padre Hurtado tiene además otra vía de referencia de pacientes a través de un convenio de prestaciones con Clínica Alemana vigente desde el año 2001, particularmente en el área de exámenes diagnósticos y terapéuticos complejos y manejo de ciertas condiciones clínicas destacando el área de la Cardiología.

El Hospital San José de Maipo recibe las derivaciones de la APS de la comuna del mismo nombre, con una población aproximada de 14.000 habitantes, la mayor parte de ellos beneficiarios del sistema público de salud; esto incluye la atención de urgencia a través de un Servicio de Urgencia que atiende las 24 horas del día.

El nivel secundario de este establecimiento recibe derivaciones no sólo de su comuna sino también pacientes referidos principalmente del H. Sótero del Río en los programas destacados como son:

- Salud Cardiovascular con un programa de diagnóstico, tratamiento y seguimiento realizado por equipos multidisciplinarios.
- Programa de Postrados que incluye visitas domiciliarias
- Programa de Cuidados Paliativos para pacientes oncológicos y terminales
- Programa IRA: infecciones respiratorias en menores de 19 años
- Programa ERA para adultos mayores de 19 años
- Programa del Adolescente
- Programa PAME: atención de pacientes con problemas Musculo Esquelética sobre 55 años de edad
- Salud Mental y Epilepsia del Adulto excluyendo la atención psiquiátrica

La referencia y contra-referencia de pacientes dentro de la red se realiza a partir de una serie de normas y flujogramas que explicitan las condiciones y mecanismos a utilizar.

Los pacientes son derivados desde la APS para atención programada a través de una Interconsulta, la cual en el caso del Hospital Padre Hurtado es calificada en cuanto a su urgencia en tres niveles para la priorización en la dación de horas; la fecha y hora de citación es entregada vía telefónica al

paciente. En caso de no ser ubicado, se remite la interconsulta al consultorio correspondiente para la ubicación del paciente.

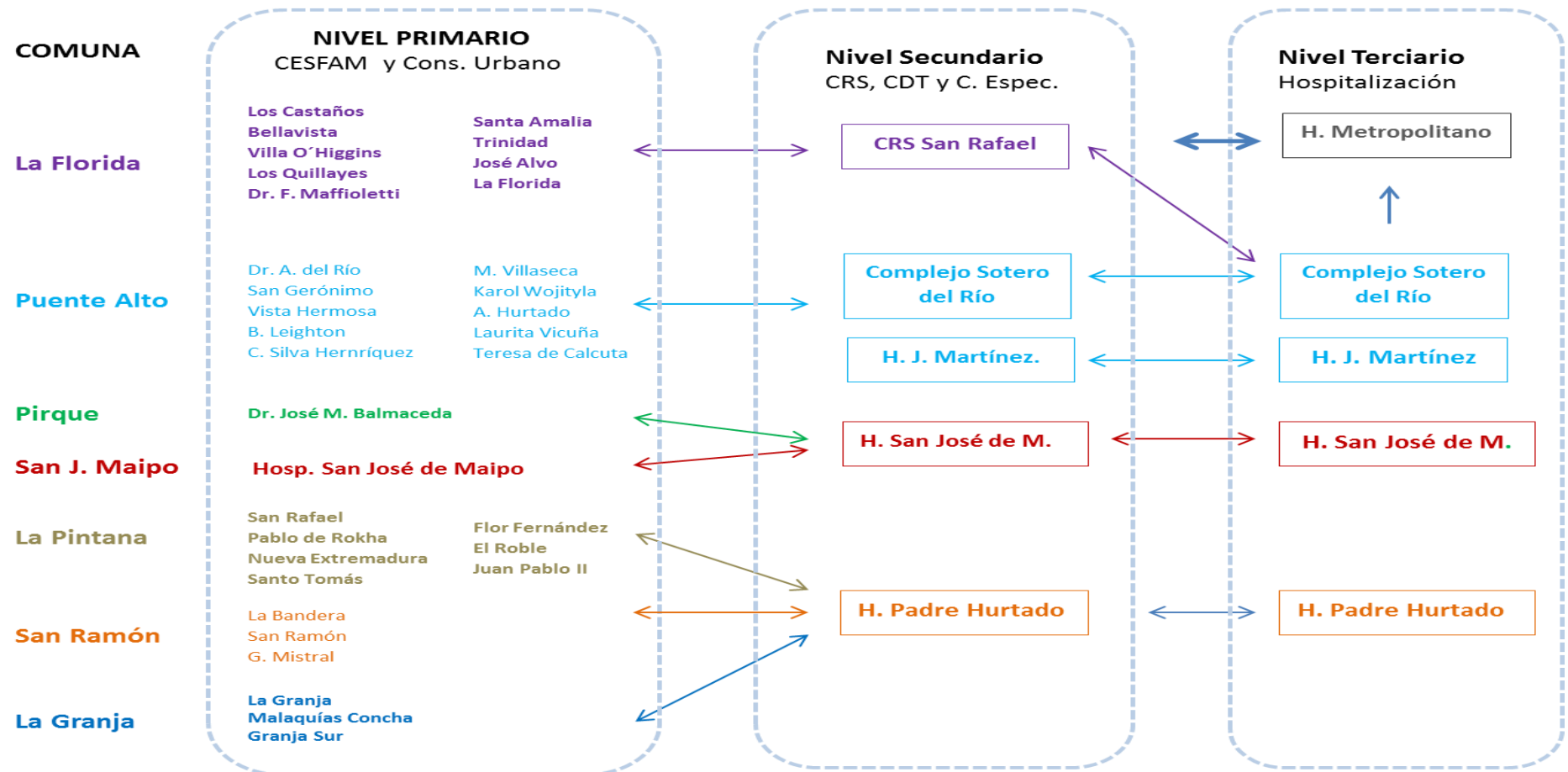
La citación y dación de horas para los exámenes de laboratorio, imagenología y demás, son dadas en el mismo establecimiento donde la atención es solicitada.

En todos los establecimientos de esta red asistencial, los pacientes que ingresan a un Servicio de Urgencia son priorizados a través de un modelo de “triage”, el cual es aplicado a toda la red pública y permite identificar aquellos pacientes que ingresan a un servicio de urgencia cuya condición médica no permite espera para la atención.

Las siguientes ilustraciones dan cuenta de lo anterior, y se observa que el establecimiento de **nivel terciario** referencia al **nivel secundario** para control post hospitalización, y este segundo nivel contrarreferencia al nivel primario.

Ilustración 8:

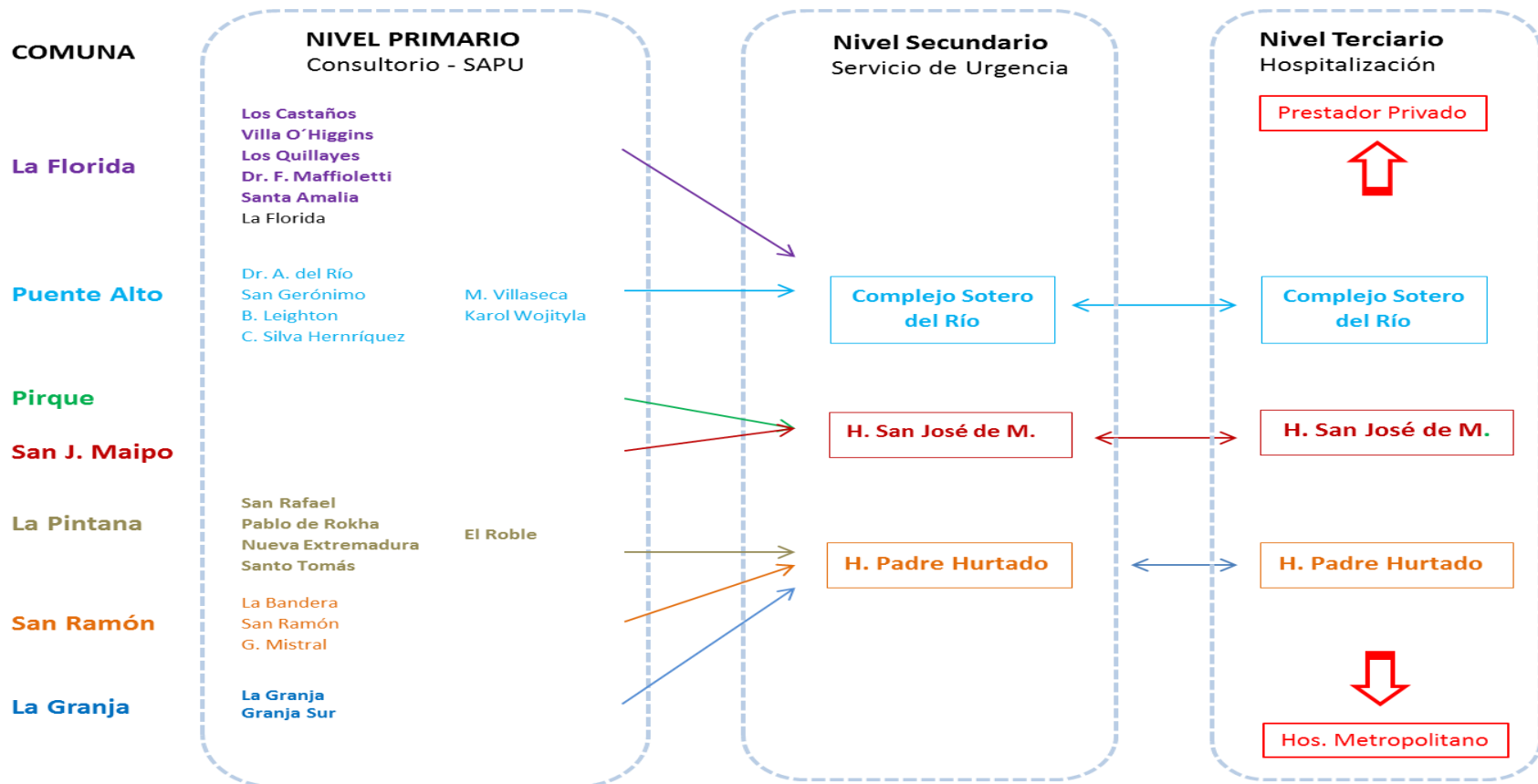
Referencia y Contra – referencia de la Red Electiva del SSMSO Fase Ex Post



Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 9:

Referencia y Contra – referencia de la Red de Urgencia del SSMSO Fase Ex Post

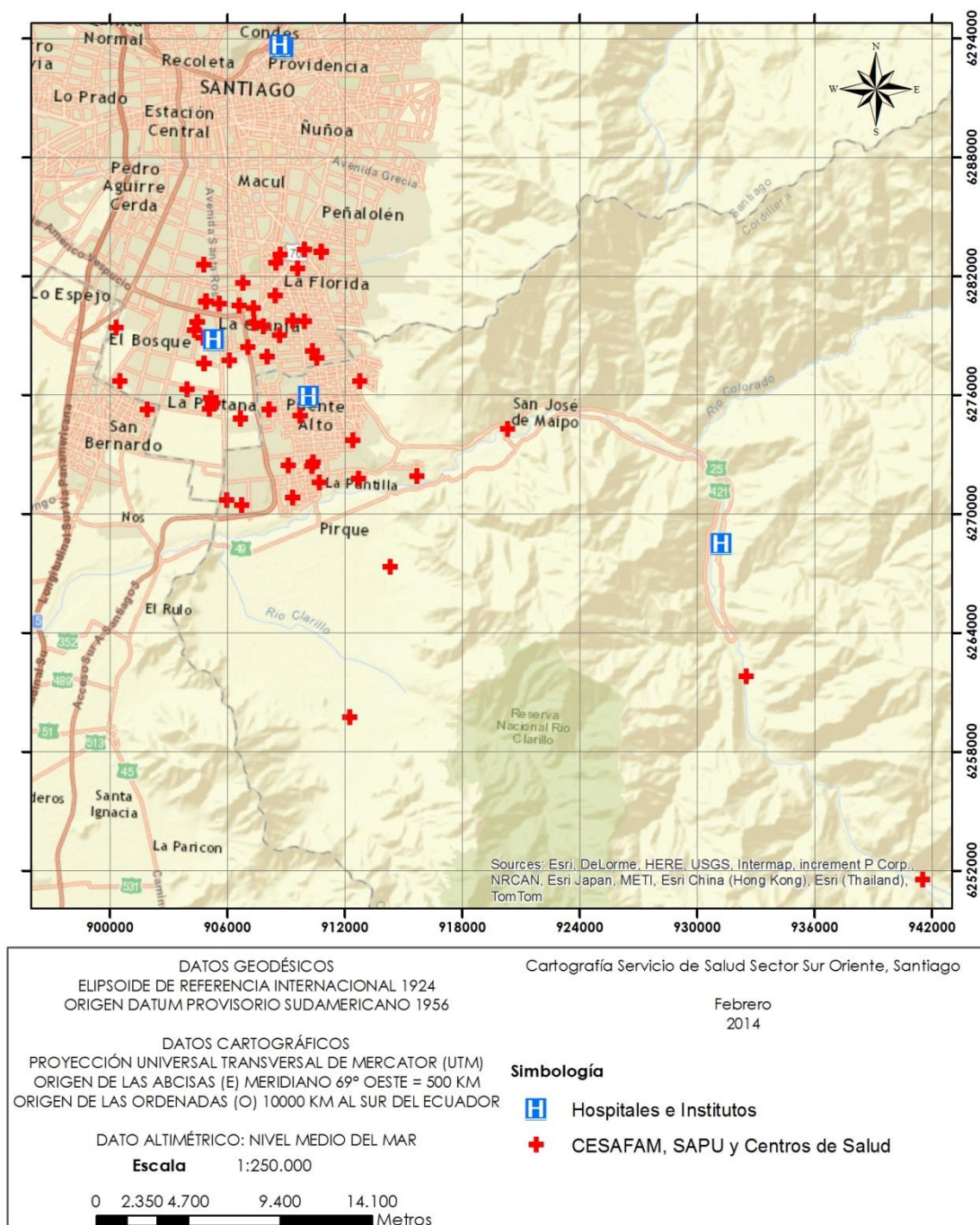


Fuente: Elaboración Propia.

b) Área de Influencia del SSMSO

La siguiente ilustración grafica los establecimientos de APS de la Red del SSMSO y su derivación al Hospital Base.

Ilustración 10: Situación Ex Post de los Centros de Salud Sector Sur Oriente, Santiago



Antecedentes Demográficos del Área de Influencia

La estimación de la **población total** del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, en el año 1999 ascendía a 1.307.941, con siete comunas bajo su área de influencia. Como se aprecia en el siguiente cuadro y gráfico su evolución ha sido positiva, alcanzando a 1.600.412 habitantes al año 2012.

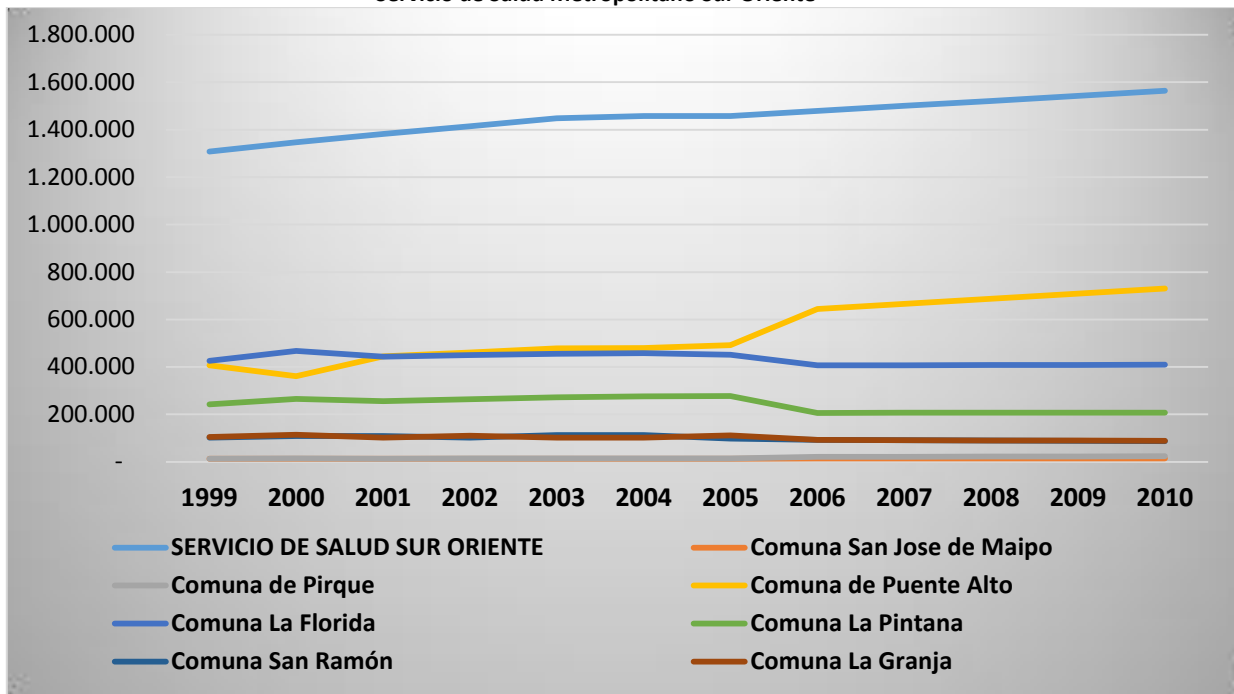
Cuadro nº 111:
Estimación de Población Total de Cada Año y Participación Porcentual por Comuna
Período 1995 – 2012

AÑO	SERVICIO DE SALUD SUR ORIENTE	Comuna San Jose de Maipo	%	Comuna de Pirque	%	Comuna de Puente Alto	%	Comuna La Florida	%	Comuna La Pintana	%	Comuna San Ramón	%	Comuna La Granja	%
1995	1.086.026	12.000	1,1%	11.910	1,1%	295.580	27,2%	371.205	34,2%	191.813	17,7%	106.231	9,8%	97.287	9,0%
1996	1.186.337	12.288	1,0%	12.678	1,1%	343.589	29,0%	392.302	33,1%	224.944	19,0%	101.218	8,5%	99.318	8,4%
1997	1.227.700	12.390	1,0%	12.921	1,1%	365.139	29,7%	403.753	32,9%	230.758	18,8%	101.623	8,3%	101.314	8,3%
1998	1.268.153	12.487	1,0%	13.161	1,0%	386.236	30,5%	414.929	32,7%	236.435	18,6%	101.623	8,0%	103.282	8,1%
1999	1.307.941	12.583	1,0%	13.399	1,0%	406.977	31,1%	425.927	32,6%	242.021	18,5%	101.821	7,8%	105.216	8,0%
2000	1.347.210	12.680	0,9%	13.632	1,0%	337.697	25,1%	436.763	32,4%	247.531	18,4%	102.009	7,6%	107.130	8,0%
2001	1.381.354	12.760	0,9%	13.832	1,0%	444.593	32,2%	443.311	32,1%	255.807	18,5%	109.022	7,9%	102.029	7,4%
2002	1.414.867	12.839	0,9%	14.030	1,0%	461.412	32,6%	449.740	31,8%	263.923	18,7%	102.045	7,2%	110.878	7,8%
2003	1.447.872	12.916	0,9%	14.228	1,0%	477.958	33,0%	456.079	31,5%	271.922	18,8%	112.703	7,8%	102.066	7,0%
2004	1.480.492	12.990	0,9%	14.418	1,0%	494.318	33,4%	462.339	31,2%	279.834	18,9%	114.508	7,7%	102.085	6,9%
2005	1.512.814	13.068	0,9%	14.609	1,0%	510.534	33,7%	468.536	31,0%	287.659	19,0%	102.104	6,7%	116.304	7,7%
2006	1.437.193	14.169	1,0%	20.486	1,4%	626.310	43,6%	395.192	27,5%	200.847	14,0%	90.372	6,3%	89.817	6,2%
2007	1.458.305	14.234	1,0%	21.094	1,4%	647.609	44,4%	396.010	27,2%	201.267	13,8%	89.111	6,1%	88.980	6,1%
2008	1.479.469	14.298	1,0%	21.702	1,5%	668.975	45,2%	396.830	26,8%	201.677	13,6%	87.845	5,9%	88.142	6,0%
2009	1.500.651	14.355	1,0%	22.308	1,5%	690.391	46,0%	397.637	26,5%	202.084	13,5%	86.575	5,8%	87.301	5,8%
2010	1.521.756	14.415	0,9%	22.918	1,5%	711.687	46,8%	398.464	26,2%	202.498	13,3%	85.308	5,6%	86.466	5,7%
2011	1.581.785	14.445	0,9%	23.571	1,5%	735.415	46,5%	398.355	25,2%	202.569	12,8%	84.027	5,3%	123.403	7,8%
2012	1.600.412	14.455	0,9%	24.180	1,5%	757.721	47,3%	397.497	24,8%	202.146	12,6%	82.580	5,2%	121.833	7,6%

Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Corresponde a la población total estimada por comuna. I.N.E.

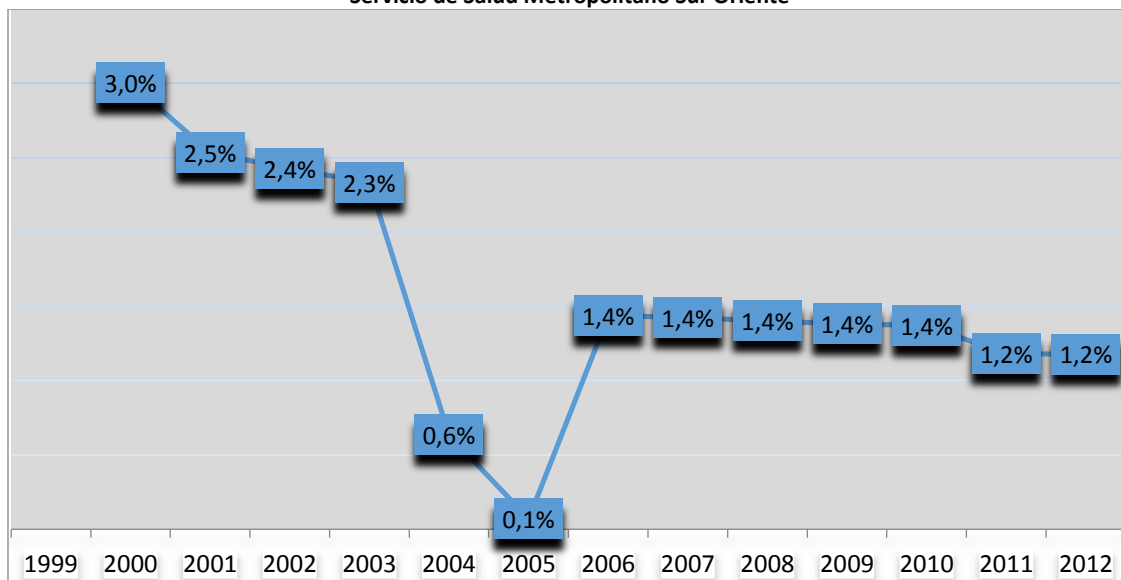
Gráfico 52:
Evolución de la Población Estimada Total
Período 1999 – 2012
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Pese a este aumento en la población, la **tasa de crecimiento anual** de la población estimada *ha descendido* de 3,0% en el período 2000/1999; a 1,2% en el período de 2012/2011.

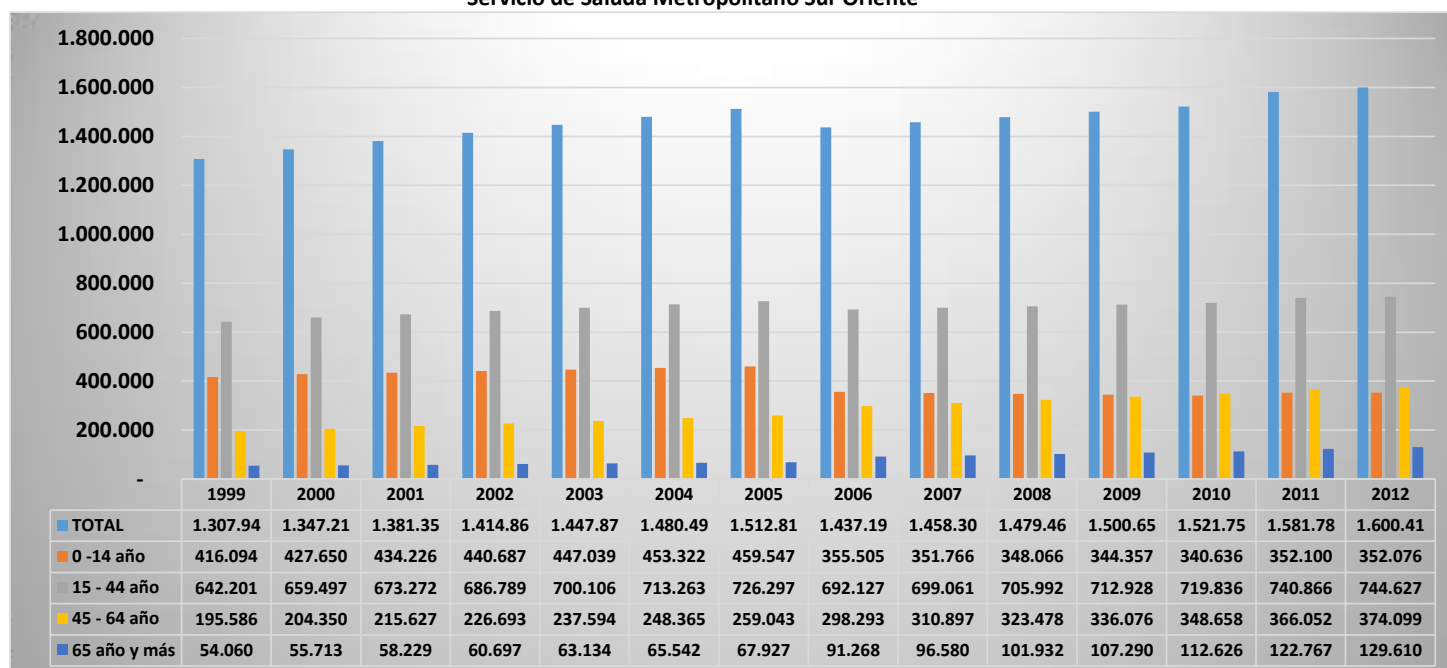
Gráfico 53:
Tasa de Crecimiento Anual de Población Estimada
Período 1999 - 2012
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Por otra parte, respecto de la **importancia relativa de cada comuna** del área de influencia de Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, en el período 1999 - 2012, Puente Alto y la Florida concentran entre 31,1% y 32,6% de la población estimada, seguidas de la comuna de La Pintana cercana al 18,5%; luego, con un 7,8% está la comuna de San Ramón y con un 8,0% de participación, La Granja, para el año 1999. En tanto, para el año 2012, la comuna de Puente Alto aumenta su importancia relativa, alcanzando a 47,3%, mientras La Florida disminuye su participación de población estimada a 24,8%, junto a La Pintana con un 12,6%. Por otra parte, las comunas de San Ramón y La Granja, participan de un 5,2% y 7,6% para el 2012 respectivamente.

Gráfico 54:
Población Estimada Total Por tramo de Edad
Período 1999 – 2012
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

La distribución de la población por edad, del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, para el período 1999-2012 muestra claramente el proceso de **“Transición Demográfica”** que vive el país, concentrándose la población mayoritariamente en el tramo medio de 15 a 44 años de edad, en torno al 49% en 1999 y disminuyendo levemente, llegando a un 47% el 2012. En tanto, los tramos de 45-64 años y 65 años y más, se incrementan en el período de 15% y 4% en 1999 a 23% y 8% respectivamente para el 2012.

Cuadro nº 112:
Participación Porcentual de la Población Estimada Total Por Tramo de Edad
Período 1995 – 2012
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

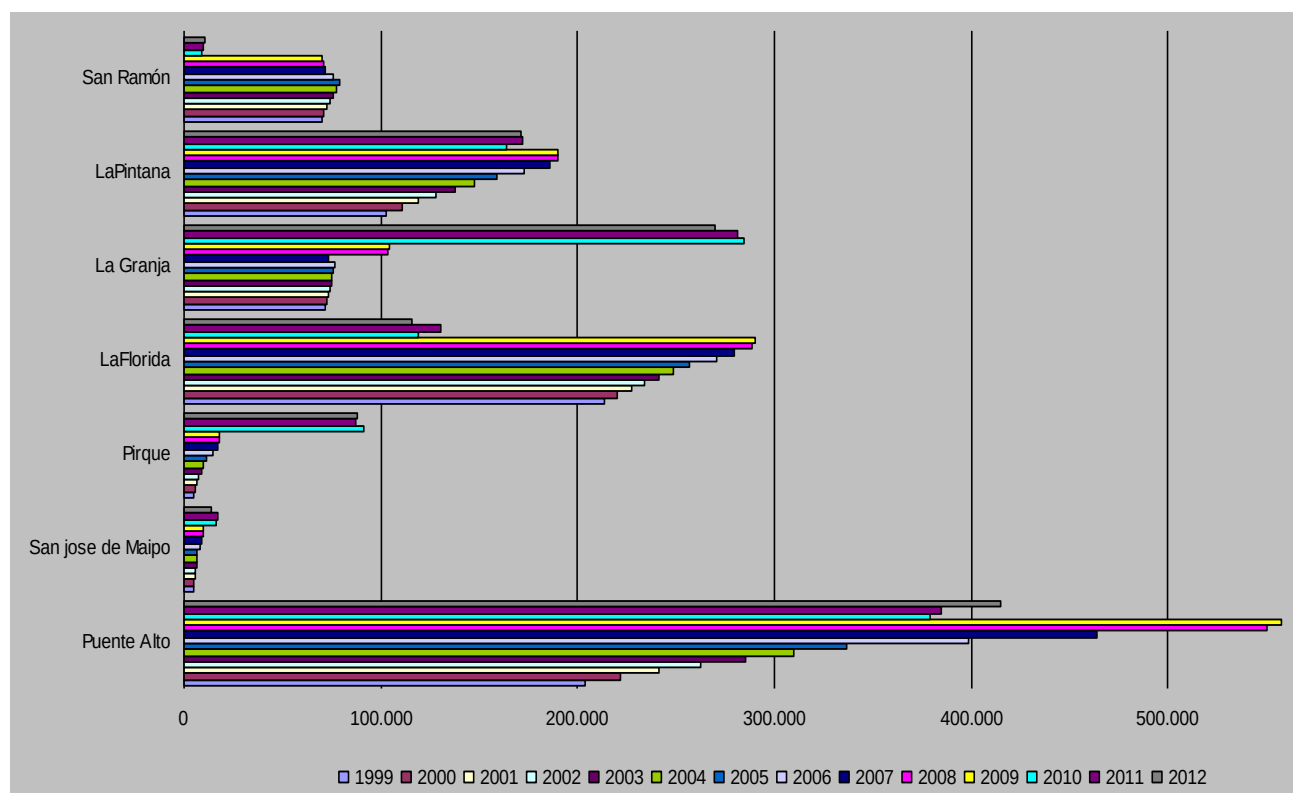
TRAMO ETARIO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0 -14 año	32%	32%	32%	32%	32%	32%	31%	31%	31%	31%	30%	25%	24%	24%	23%	22%	22%	22%
15 - 44 año	51%	51%	51%	49%	49%	49%	49%	49%	48%	48%	48%	48%	48%	48%	48%	47%	47%	47%
45 - 64 año	13%	13%	13%	15%	15%	15%	16%	16%	16%	17%	17%	21%	21%	22%	22%	23%	23%	23%
65 año y más	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	6%	7%	7%	7%	7%	8%	8%

Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Población Beneficiaria (FONASA) de Red Sur Oriente

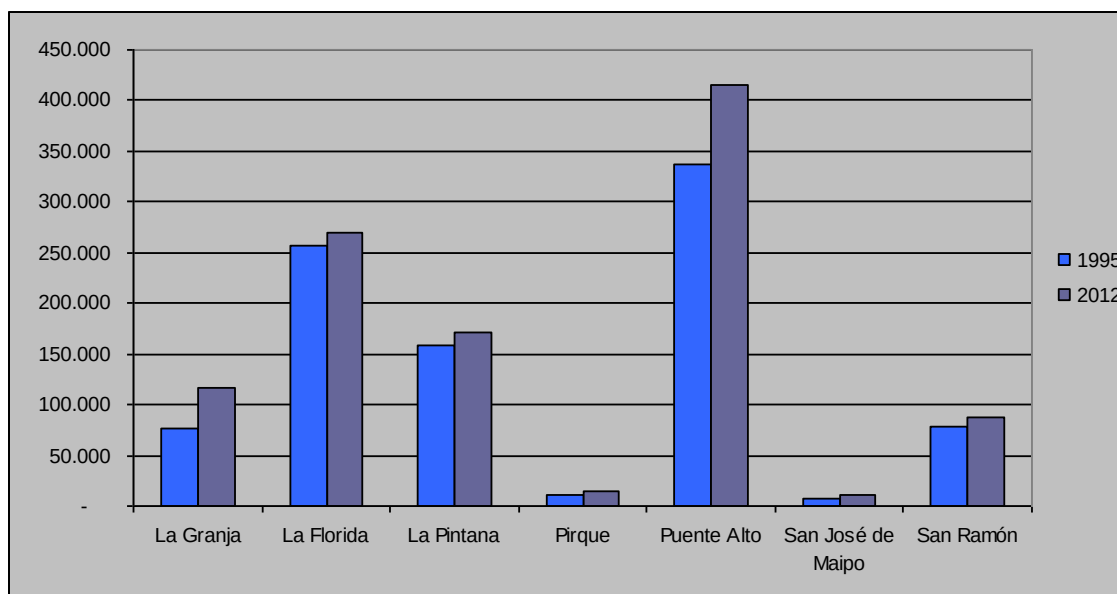
La Población Fonasa asignada para ser atendida en la Red Asistencial Sur Oriente de las comunas ya mencionadas desde el año 1999 al 2012 tuvo un aumento del 51 % al 68% de la población total.

Gráfico 55:
Población FONASA de Red Asistencial Sur Oriente
Por comuna Período 1999 – 2012



Fuente: información DEIS.

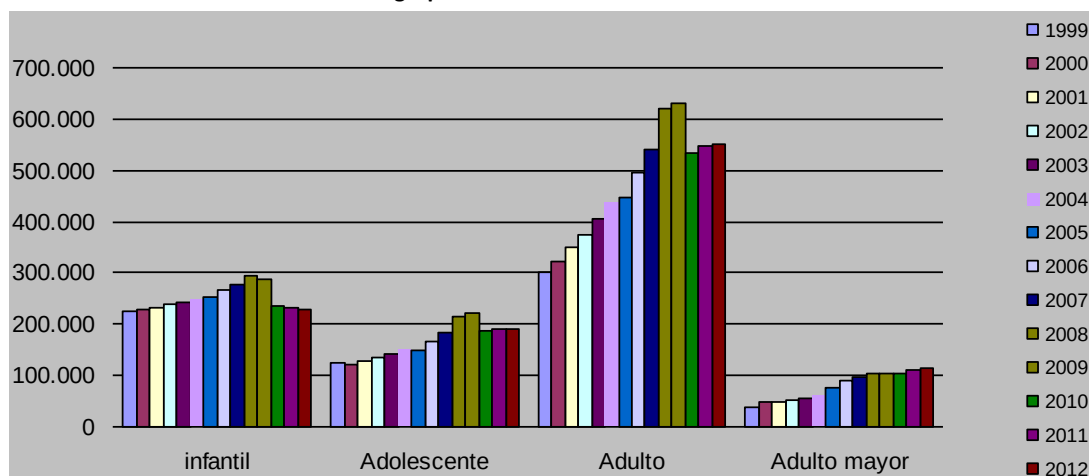
Gráfico 56:
Población FONASA de Red Asistencial Sur Oriente
Por comuna 1995 – 2012



Fuente: información DEIS.

La población FONASA distribuida **según grupo etario**, se muestra en el siguiente gráfico, donde la mayor proporción para el año 1999 corresponde a población adulta, seguida por la infantil. A medida que avanza la serie de años, se observa un **crecimiento de la población adulta** (de una participación del 44% para el año 1999 pasó a un 51% en 2012), ya que la población Fonasa creció en dicho periodo. En cambio, **la población infantil presenta una disminución** pasando a tener una participación del 33% para el año 1999, a 21% para el año 2012. Por su parte, **la población adulta mayor ha tenido un incremento**, pasando de una participación del 5% en el año 1999 a un 11% en el año 2012, lo que significa más de 79.000 beneficiarios de aumento.

Gráfico 57:
Estimación Población FONASA de Red Asistencial Sur Oriente
Por grupo etario Período 1999 – 2012



Fuente: información DEIS.

Como se señaló en el análisis ex ante, la población beneficiaria FONASA se distribuye según su nivel de ingresos en cuatro tramos. El siguiente cuadro muestra las condiciones de beneficiarios para ser asignados a los diferentes tramos, actualizados a 2012.

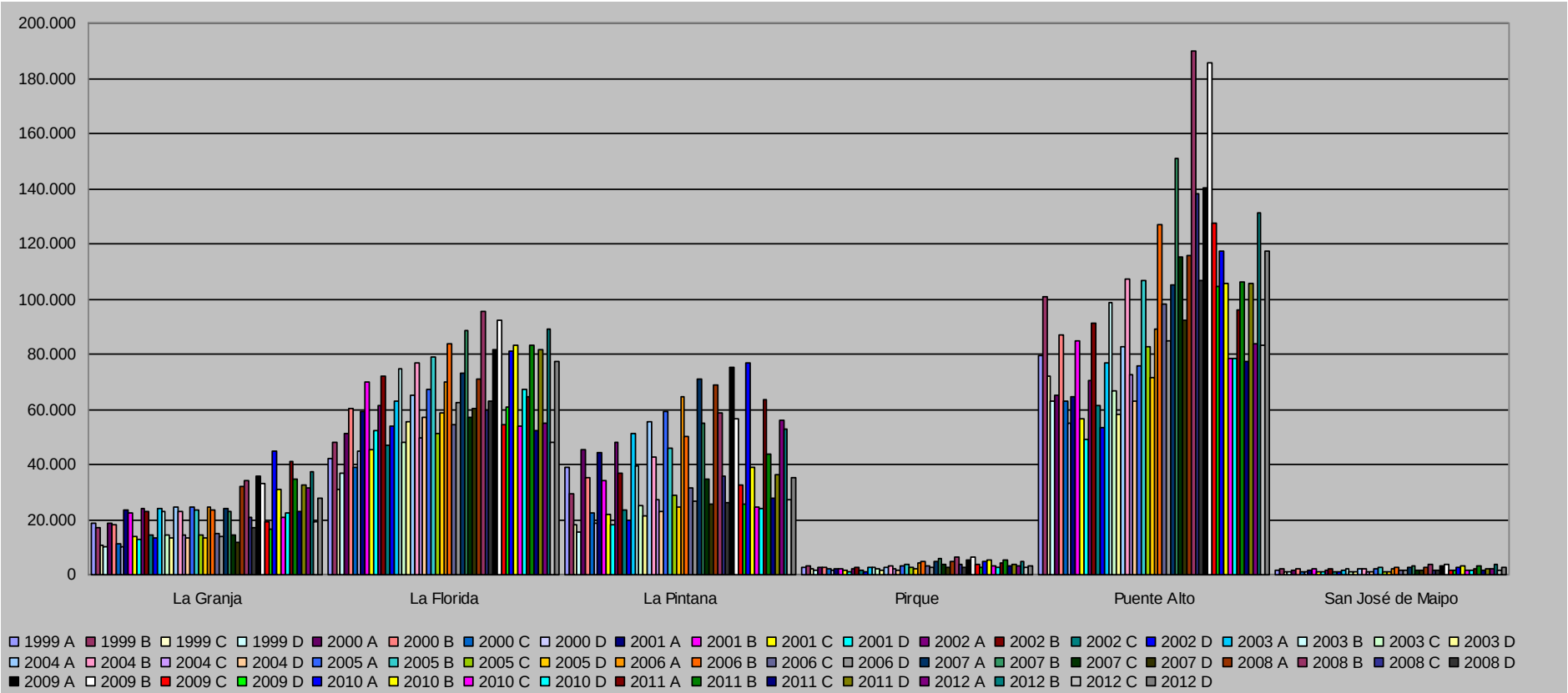
Cuadro nº 113:
Tramos FONASA a pesos del año 2012

Tramo	Beneficiarios	Tipo de atención	Porcentaje Copago
Tramo A	Carencia de recursos o indigentes, beneficiarios Pensiones básicas solidarias, causantes de Subsidio Familiar	Atención institucional gratuita	0%
Tramo B	Reciben menos de \$ 193.000, o entre \$193.000 y \$281.780 con 3 o más cargas legales	Atención Institucional gratuita y con derecho a atenciones de libre elección, esto es recibiendo atención de prestadores tanto públicos como privados.	0%
Tramo C	Reciben entre \$193.000 y \$281.780 sin exceder dos cargas legales, o más de \$281.780 con 3 o más cargas legales	Atención Institucional con un copago del 10%, más atención Libre elección.	10%
Tramo D	Reciben más de \$281.780	Atención Institucional con un copago del 20%, más atención Libre elección.	20%

Fuente: Información Fondo Nacional de Salud.

El gráfico siguiente muestra la población beneficiaria Fonasa según tramos y por comuna, para el período 199-2012.

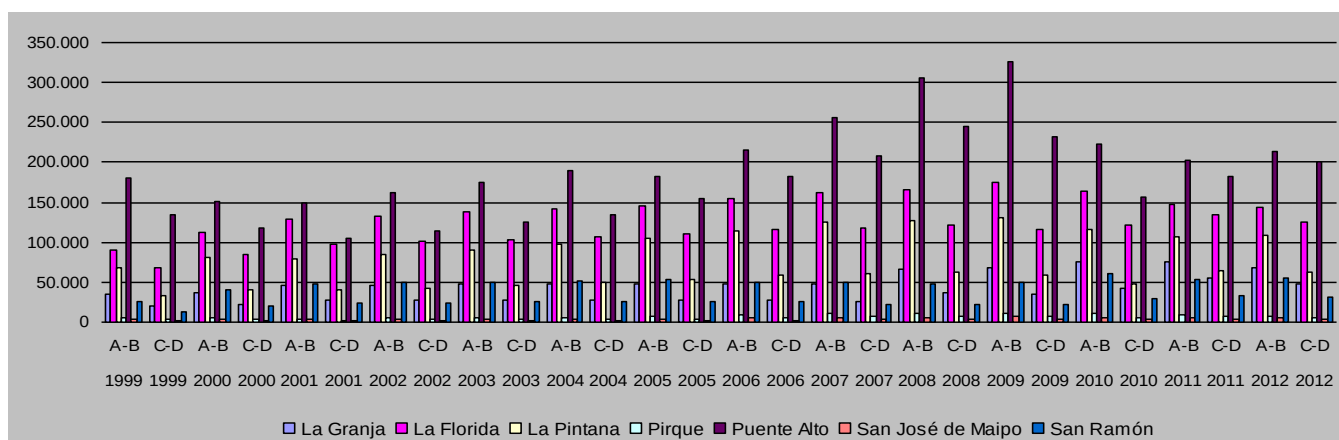
Gráfico 58:
Tramo FONASA de Población Beneficiaria Red Asistencial Sur Oriente
Por comuna Período 1999 – 2012



Fuente: Información DEIS.

Como se desprende de lo anterior, los tramos A, B, C y D, reflejan el nivel de ingreso de los usuarios Fonasa, por lo cual para efecto de revisar el nivel de pobreza de la población de cada comuna, se ha sumado las poblaciones de las categorías A- B y C-D, identificándose que las comunas con mayor porcentaje de usuarios más pobres por concepto de ingresos, para el año 1999, eran La Florida y San José de Maipo con un 67%, y Puente Alto con un 65%. En el caso del año 2012, las comunas con mayor porcentaje de beneficiarios Fonasa A-B son La Florida y San José de Maipo con un 64% cada una.

Gráfico 59:
Distribución Población FONASA Beneficiaria Red Asistencial Sur Oriente con y sin copago
Por comuna Período 1999 – 2012



Fuente: Información DEIS.

c) Actividad Asistencial: Evaluación Ex Post

La actividad asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente para el período año 1999 a 2012, considera el impacto de la puesta en marcha del Hospital Padre Alberto Hurtado, que opera a partir de noviembre del año 1998.

i) Atención Abierta

Dentro de la atención abierta, se consideran los controles y consultas. A continuación se da cuenta de ello.

• Controles y Consultas

La evolución de los Controles y Consultas en el período 1999 – 2012, a nivel de Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente muestra un **importante incremento** de un 86% el 2012 respecto del año 1999. Los Controles y Consultas en el *nivel primario* son los que experimentan un mayor crecimiento, de un 109% en igual período, en tanto el *nivel secundario* se incrementa en un 46%.

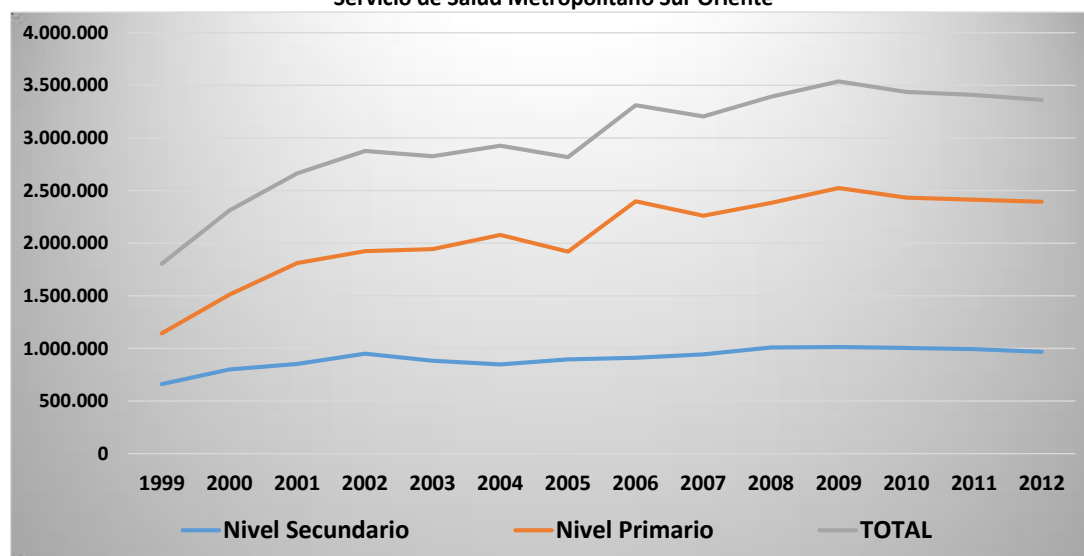
Lo anterior posiblemente es explicado por el aumento de cobertura, producto de la mayor infraestructura de Hospitales y consultorios de Atención Primaria, además de la mayor participación, en el total, de los Controles y Consultas en el Nivel Primario, que pasa de un 63% en 1999 a un 71% el año 2012.

Cuadro nº 114:
Consultas y Controles Totales Por Nivel de Atención
Período 1995 – 2012
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	Total SSMSO	Nivel Secundario	%	Nivel Primario	%
1995	1.123.158	458.712	41%	664.446	59%
1996	1.243.835	496.885	40%	746.950	60%
1997	1.380.464	549.208	40%	831.256	60%
1998	1.512.375	530.789	35%	938.037	62%
1999	1.804.646	660.811	37%	1.143.835	63%
2000	2.311.902	799.448	35%	1.512.454	65%
2001	2.664.020	853.036	32%	1.810.984	68%
2002	2.876.131	951.187	33%	1.924.944	67%
2003	2.827.256	882.983	31%	1.944.273	69%
2004	2.926.056	848.068	29%	2.077.988	71%
2005	2.818.360	897.216	32%	1.921.144	68%
2006	3.310.731	912.083	28%	2.398.648	72%
2007	3.204.424	943.093	29%	2.261.331	71%
2008	3.392.455	1.009.194	30%	2.383.261	70%
2009	3.536.764	1.013.027	29%	2.523.737	71%
2010	3.437.980	1.004.256	29%	2.433.724	71%
2011	3.408.837	994.564	29%	2.414.273	71%
2012	3.362.049	967.209	29%	2.394.840	71%

Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 60:
Consultas y Controles Totales Por Nivel de Atención
Período 1999 – 2012
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Al considerar las Consultas y Controles por establecimiento del **Nivel Secundario**, el Hospital Sótero del Río participa mayoritariamente en el total, en un 47% para el año 1999, llegando a un 57% en 2012. Este incremento relativo se da a partir del año 2005, fecha en la cual la actividad del CDT es contabilizada en el Hospital. Asimismo, el Hospital Padre Hurtado, se constituye en el segundo establecimiento en importancia, representando el 11% del total de Consultas y Controles para el año 1999, alcanzando una participación del 32% para el año 2012.

De acuerdo a lo anterior, la puesta en operación del Hospital Padre Hurtado, representó un incremento neto de actividad asistencial de Consultas y Controles. Ello puede estar explicado por existencia de Lista de Espera y/o por la absorción de población que por razones geográficas, no acudía al principal centro asistencial del Servicio.

Cuadro nº 115:
Participación de Consultas y Controles Totales Por Establecimiento del Nivel Secundario⁶²
Período 1995 – 2012
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	TOTAL	HOSP. SOTERO DEL RIO	%	HOSP. PADRE HURTADO	%	C.D.T.	%	HOSPITAL METROPOLITANO	C.R.S. LA FLORIDA	%	C.R.S. PADRE HURTADO
1995	458.712	453.620	99%	-	0%	5.092	1%	-	-	0%	-
1996	496.885	477.728	96%	-	0%	19.157	4%	-	-	0%	-
1997	549.208	511.612	93%	-	0%	37.596	7%	-	-	0%	-
1998	571.417	281.916	49%	-	0%	234.682	41%	-	54.819	10%	-
1999	660.811	270.355	41%	74.656	11%	228.429	35%	-	55.721	8%	31.650
2000	799.448	283.290	35%	224.441	28%	229.339	29%	-	62.378	8%	-
2001	853.036	291.354	34%	251.993	30%	246.018	29%	-	63.671	7%	-
2002	951.187	272.937	29%	286.920	30%	296.262	31%	-	95.068	10%	-
2003	882.983	271.532	31%	276.097	31%	262.171	30%	-	73.183	8%	-
2004	848.068	246.452	29%	254.899	30%	263.798	31%	-	82.919	10%	-
2005	897.216	234.344	26%	287.493	32%	302.641	34%	-	72.738	8%	-
2006	912.083	504.941	55%	296.886	33%	-	0%	-	110.256	12%	-
2007	943.093	525.449	56%	302.749	32%	-	0%	-	114.895	12%	-
2008	1.009.194	555.256	55%	324.593	32%	-	0%	-	129.345	13%	-
2009	1.013.027	542.405	54%	346.252	34%	-	0%	-	124.370	12%	-
2010	1.004.256	554.838	55%	328.244	33%	-	0%	-	121.174	12%	-
2011	994.564	552.688	56%	321.419	32%	-	0%	3.932	116.525	12%	-
2012	967.209	551.398	57%	311.774	32%	-	0%	4.226	99.811	10%	-

Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Controles y Consultas Médicas por Programa

El **Programa de Atención del Adulto** se constituye en el programa de mayor participación durante el período, pasando de un 39% en 1999, a un 44% para el 2012. Este importante aumento es coherente con el proceso de envejecimiento de la población, vale decir, con el nuevo Perfil Demográfico del país.

⁶² El Hospital Padre Hurtado comenzó el servicio de urgencia de pacientes pediátricos y posteriormente abrió el servicio de urgencia a pacientes adultos.

Cuadro nº 116:
Consultas y Controles Programa del Adulto Por Establecimiento del Nivel Secundario
Período 1995 – 2012

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	Servicio de Salud Sur Oriente	Hospital Sótero del Río	Hospital Padre Hurtado	C.D.T.	HOSPITAL METROPOLITANO	C.R.S. La Florida	C.R.S. PADRE HURTADO	Total Nivel Primario
1995	365.192	111.457	-	1.090	-	-		252.645
1996	419.599	118.542	-	6.827	-	-		294.230
1997	520.955	137.324	-	21.683	-	-		361.948
1998	604.090	-	-	153.761	-	32.799		417.530
1999	711.365	-	-	158.128	-	31.814		518.100
2000	931.064	-	40.787	156.598	-	38.143		695.536
2001	1.111.289	-	50.784	168.581	-	42.007		849.917
2002	1.241.342	-	85.640	213.360	-	71.240		871.082
2003	1.204.456	-	68.462	177.588	-	52.389		906.017
2004	1.343.918	-	63.162	183.284	-	46.728		1.050.744
2005	1.239.774	-	81.559	195.486	-	56.298		906.431
2006	1.440.631	186.885	98.301	-	-	60.367		1.095.078
2007	1.519.167	228.418	107.610	-	-	59.748		1.123.391
2008	1.595.903	247.128	125.998	-	-	73.087		1.149.690
2009	1.575.458	235.455	96.274	-	-	65.387		1.178.342
2010	1.484.370	241.504	95.852	-	-	64.223		1.082.791
2011	1.559.732	245.505	105.364	-	3.932	61.677		1.143.254
2012	1.476.980	248.396	97.221	-	4.226	43.781		1.083.356

Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Durante el período las Consultas y Controles del Programa del Adulto se incrementa en un 138% en el Hospital Padre Hurtado, superior al incremento a nivel de Servicio de Salud de un 108%, al Hospital Sótero del Río que expresa un aumento de 33% el 2012 respecto el 2006, año a partir del cual la actividad del Programa se traslada al Hospital.

A su vez, la importancia relativa del Hospital Padre Hurtado se incrementa levemente desde un 4% en 1999 a un 7% en el 2012.

Por su parte, el **Programa de Atención Infantil**, representa el 22% de las Consultas y Controles Totales en 1999, y disminuye a 11% en 2012. En tanto, el **Programa de Atención de la Mujer**, disminuye de 4% en 1999, a un 2% en el 2012.

A nivel de establecimiento, el Hospital Padre Hurtado muestra un incremento del 50% el 2012 respecto del 2000. A su vez, muestra un leve incremento en la participación de las Consultas y Controles del Programa de Atención Infantil respecto del Servicio de Salud, de un 3% en 1999 a un 7% en el 2012.

Cuadro nº 117:
Consultas y Controles Programa de Atención Infantil Por Establecimiento del Nivel Secundario
Período 1995 – 2012
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	Servicio de Salud Sur Oriente	Hospital Sótero del Río	Hospital Padre Hurtado	C.D.T.	C.R.S. La Florida	C.R.S. PADRE HURTADO	Total Nivel Primario
1995	285.777	45.433	-	308	-	-	240.036
1996	331.209	51.171	-	888	-	-	279.150
1997	328.078	50.468	-	4.693	-	-	272.917
1998	357.291	-	-	48.054	9.575	-	299.662
1999	393.225	-	-	46.966	10.499	6.967	328.793
2000	499.519	-	15.804	48.326	8.616	-	426.773
2001	557.739	-	17.771	51.355	8.393	-	480.220
2002	549.381	-	18.762	55.931	12.290	-	462.398
2003	547.311	-	22.824	57.742	10.647	-	456.098
2004	553.819	-	19.533	55.608	10.061	-	468.617
2005	532.008	-	22.118	50.745	8.142	-	451.003
2006	499.776	55.077	23.710	-	8.511	-	412.478
2007	458.543	54.399	24.849	-	8.268	-	371.027
2008	448.793	56.685	26.237	-	9.073	-	356.798
2009	478.159	55.063	34.701	-	8.817	-	379.578
2010	441.656	60.048	27.279	-	9.127	-	345.202
2011	405.791	56.663	27.569	-	6.261	-	315.298
2012	369.961	55.550	24.651	-	4.383	-	285.377

Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Las **Consultas Médicas de Urgencia** representan el 35% del total de las Atenciones Médicas, Controles y Consultas, en 1999 y se incrementan en cantidad y participación a un 44% en el 2012.

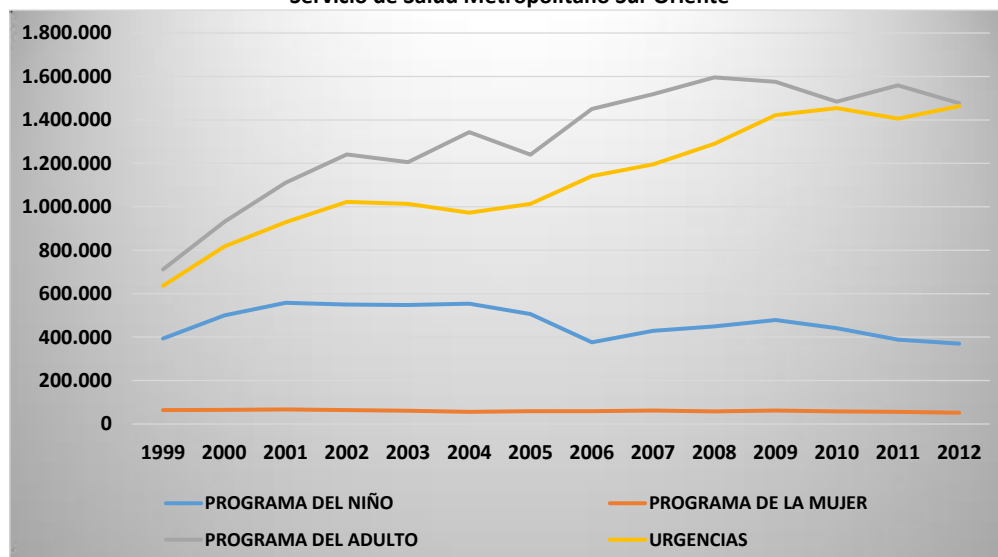
El análisis por establecimiento muestra que el Hospital padre Hurtado muestra un aumento de un 124% el 2012 respecto del 1999, levemente inferior al crecimiento a nivel de Servicio de Salud, que muestra un porcentaje de 130%. Por otra parte, el Hospital participa en torno al 12% de las Atenciones de Urgencia a nivel de Servicio durante el período.

Cuadro nº 118:
Consultas de Urgencias Por Establecimiento del Nivel Secundario
Período 1995 – 2012
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	Servicio de Salud Sur Oriente	Hospital Sótero del Río	Hospital Padre Hurtado	C.D.T.	C.R.S. La Florida	Total Nivel Primario
1995	429.005	263.018	-	-		165.987
1996	447.678	276.564	-	-		171.114
1997	484.232	290.557	-	-		193.675
1998	503.936	281.916	1.175	-		220.845
1999	636.225	270.355	74.656	-		291.214
2000	817.007	283.290	143.572	-		390.145
2001	928.721	291.354	156.527	-		480.840
2002	1.022.260	272.937	157.892	-		591.431
2003	1.014.179	271.532	161.028	-		581.619
2004	972.434	246.452	150.552	-	16.803	558.627
2005	1.013.616	234.244	158.973	-	30.487	589.912
2006	1.141.623	228.038	149.750	-	32.751	731.084
2007	1.195.211	215.900	143.948	-	38.170	797.193
2008	1.290.361	226.489	149.350	-	37.749	876.773
2009	1.421.956	225.766	189.878	-	40.495	965.817
2010	1.454.444	228.052	181.322	-	39.068	1.006.002
2011	1.405.601	225.876	164.665	-	41.255	973.805
2012	1.463.351	223.906	167.459	-	45.879	1.026.107

Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 61:
Controles y Consultas Médicas Por Programa y Consulta de Urgencias
Período 1999 – 2012
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Cuadro nº 119:
Controles y Consultas Por Programa
Período 1995 – 2012
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	Total SSMSO	Atención Infantil	%	Atención de la Mujer	%	Atención del Adulto	%	Urgencias	%
1995	1.123.158	285.777	25%	43.184	4%	365.192	33%	429.005	38%
1996	1.243.835	331.209	27%	45.349	4%	419.599	34%	447.678	36%
1997	1.380.464	328.078	24%	47.199	3%	520.955	38%	484.232	35%
1998	1.512.375	357.291	24%	47.058	3%	604.090	40%	503.936	33%
1999	1.804.646	393.225	22%	63.831	4%	711.365	39%	636.225	35%
2000	2.311.902	499.519	22%	64.312	3%	931.064	40%	817.007	35%
2001	2.664.020	557.746	21%	66.264	2%	1.111.283	42%	928.727	35%
2002	2.876.131	549.381	19%	63.148	2%	1.241.342	43%	1.022.260	36%
2003	2.827.256	547.311	19%	60.771	2%	1.205.356	43%	1.013.818	36%
2004	2.926.056	553.819	19%	55.885	2%	1.343.918	46%	972.434	33%
2005	2.818.360	505.806	18%	59.064	2%	1.239.774	44%	1.013.716	36%
2006	3.026.827	375.880	12%	58.693	2%	1.450.631	48%	1.141.623	38%
2007	3.204.424	428.263	13%	61.783	2%	1.519.167	47%	1.195.211	37%
2008	3.392.455	448.793	13%	57.398	2%	1.595.903	47%	1.290.361	38%
2009	3.536.764	478.159	14%	61.191	2%	1.575.458	45%	1.421.956	40%
2010	3.437.980	441.385	13%	57.781	2%	1.484.370	43%	1.454.444	42%
2011	3.408.837	387.707	11%	55.797	2%	1.559.732	46%	1.405.601	41%
2012	3.362.049	369.961	11%	51.757	2%	1.476.980	44%	1.463.351	44%

Fuente: Boletines Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Para efectos de la evaluación ex – post de la construcción, implementación y puesta en marcha del Hospital Padre Alberto Hurtado, también resulta relevante considerar la producción asistencial por comuna del área de referencia del Servicio de Salud. A continuación se realiza dicho análisis.

Controles y Consultas por Comuna

La comuna de **Puente Alto** ocupa el primer lugar en el número de atenciones médicas, controles y consultas totales, a Nivel Primario, con una participación el 2012 de 36%, seguida por la comuna de La Florida, con una participación de 24%, le sigue La Pintana con un 18%, La Granja y San Ramón con un 10%, San José de Maipo y Pirque con un 2%.

Cuadro nº 120:
Controles y Consultas Médicas Nivel Primario Por Comuna
Servicio Metropolitano Sur Oriente

AÑO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nivel Primario	664.446	746.950	799.147	938.037	1.143.835	1.512.454	1.810.984	1.924.944	1.944.273
COMUNA S.J.DE MAIPO	27.258	28.110	28.128	30.332	35.233	39.964	43.389	40.902	41.445
COMUNA DE PIRQUE	11.451	12.648	12.030	14.781	17.676	20.719	25.046	29.182	36.080
COMUNA PUENTE ALTO	136.684	171.431	178.237	245.132	291.672	442.016	566.460	618.473	623.524
COMUNA LA FLORIDA	171.837	201.118	213.218	243.382	314.772	392.742	489.463	527.391	523.332
COMUNA LA PINTANA	146.562	156.623	178.564	196.835	228.558	285.105	323.239	324.204	322.554
COMUNA LA GRANJA	78.906	91.471	100.095	106.322	120.999	152.326	167.434	182.368	186.033
COMUNA SAN RAMON	91.748	85.549	88.875	101.253	134.925	179.582	195.953	202.424	211.305

Continuación Cuadro nº 120:

AÑO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nivel Primario	2.077.988	1.921.144	2.398.648	2.261.331	2.383.261	2.523.737	2.433.724	2.414.273	2.394.840
COMUNA S.J.DE MAIPO	38.320	38.628	37.167	40.122	36.536	37.123	36.628	33.137	36.604
COMUNA DE PIRQUE	40.382	35.242	34.720	31.171	33.308	33.589	29.447	35.905	36.549
COMUNA PUENTE ALTO	703.502	638.199	742.048	777.813	854.226	939.855	868.956	898.172	856.768
COMUNA LA FLORIDA	520.124	485.015	729.532	515.537	555.912	574.889	565.597	527.870	565.052
COMUNA LA PINTANA	359.749	360.359	424.291	449.054	455.598	459.429	454.407	440.178	430.081
COMUNA LA GRANJA	194.035	176.658	203.563	226.142	218.342	217.822	220.350	244.363	229.575
COMUNA SAN RAMON	221.876	187.043	227.327	221.492	229.339	261.030	258.339	234.648	240.211

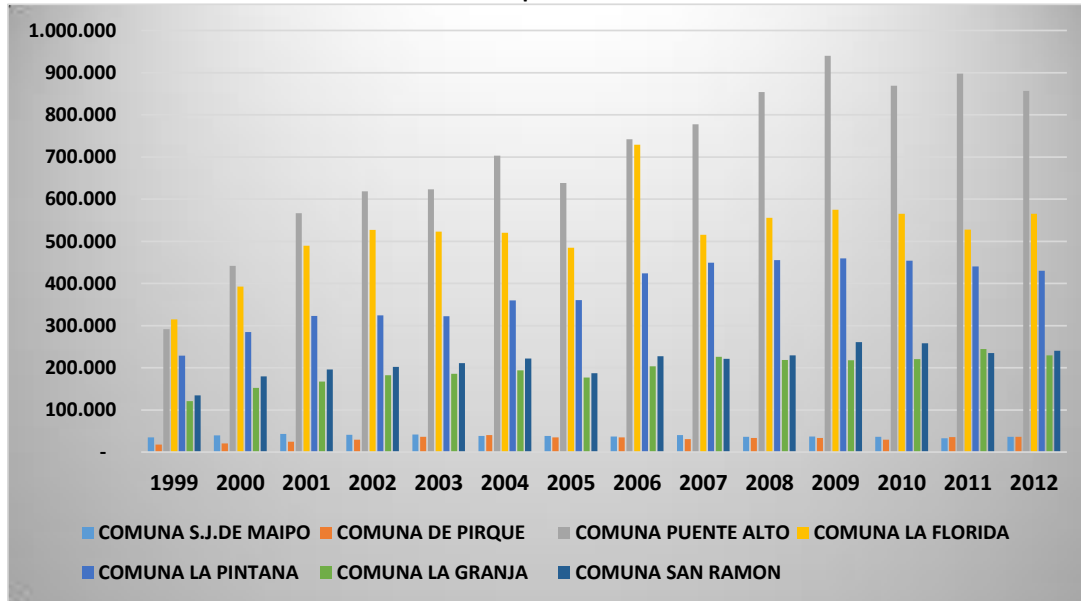
Fuente: Anuario Estadístico, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Cuadro nº 121
Participación Controles y Consultas Médicas Nivel Primario Por Comuna
Servicio Metropolitano Sur Oriente

AÑO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nivel Primario																		
COMUNA S.J.DE MAIPO	4%	4%	4%	3%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	2%	1%	2%
COMUNA DE PIRQUE	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2%
COMUNA PUENTE ALTO	21%	23%	22%	26%	25%	29%	31%	32%	32%	34%	33%	31%	34%	36%	37%	36%	37%	36%
COMUNA LA FLORIDA	26%	27%	27%	26%	28%	26%	27%	27%	27%	25%	25%	30%	23%	23%	23%	23%	22%	24%
COMUNA LA PINTANA	22%	21%	22%	21%	20%	19%	18%	17%	17%	17%	19%	18%	20%	19%	18%	19%	18%	18%
COMUNA LA GRANJA	12%	12%	13%	11%	11%	10%	9%	9%	10%	9%	9%	8%	10%	9%	9%	9%	10%	10%
COMUNA SAN RAMON	14%	11%	11%	11%	12%	12%	11%	11%	11%	11%	10%	9%	10%	10%	10%	11%	10%	10%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 62:
Participación Controles y Consultas Médicas Nivel Primario Por Comuna
Servicio Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

ii) *Atención cerrada*

En la categoría atención cerrada, se considera los egresos hospitalarios, la dotación de camas, el porcentaje de ocupación de camas, las intervenciones quirúrgicas, los partos y las actividades de apoyo clínico. A continuación se da cuenta de ello.

• **Egresos Hospitalarios**

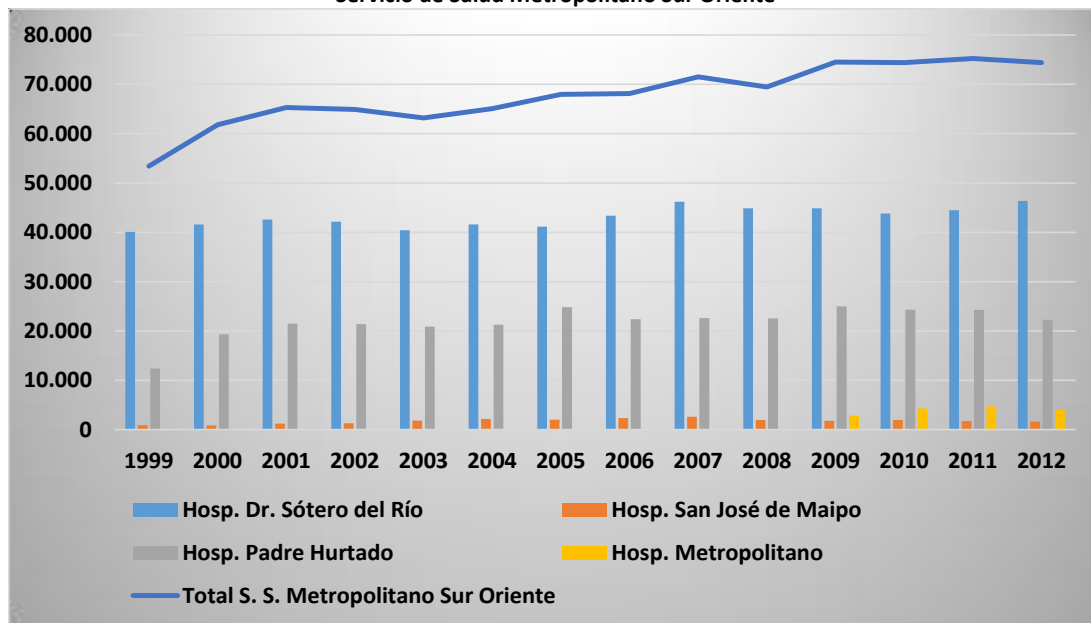
El número de egresos hospitalarios se incrementó en el período 1999 – 2012, en todos los establecimientos de atención cerrada de la Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Se observa un aumento de un 39% a nivel de Servicio, de un 16% del Hospital Dr. Sotero del Río, de un 84% para el Hospital San José de Maipo y de un 80% de crecimiento en el 2012 respecto del 1999 para el Hospital Padre Hurtado.

Cuadro nº 122:
Número de Egresos Según Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	Total S. S. Metropolitano Sur Oriente	Hosp. Dr. Sotero del Río	% Hosp. Dr. Sotero del Río	Hosp. San José de Maipo	% Hosp. San José de Maipo	Hosp. Padre Hurtado	% Hosp. Padre Hurtado	Hosp. Metropolitano	% Hosp. Metropolitano
1995	52.511	51.427	98%	1.084	2%	-	-	-	-
1996	46.116	45.093	97%	1.022	2%	-	-	-	-
1997	46.254	45.442	98%	811	2%	-	-	-	-
1998	47.870	46.082	96%	831	2%	956	2%	-	-
1999	53.425	40.109	75%	894	2%	12.422	23%	-	-
2000	61.774	41.571	67%	880	1%	19.323	31%	-	-
2001	65.297	42.573	65%	1.243	2%	21.481	33%	-	-
2002	64.881	42.156	65%	1.312	2%	21.413	33%	-	-
2003	63.199	40.459	64%	1.863	3%	20.877	33%	-	-
2004	65.069	41.605	64%	2.201	3%	21.263	33%	-	-
2005	67.986	41.140	61%	2.000	3%	24.846	37%	-	-
2006	68.105	43.399	64%	2.336	3%	22.370	33%	-	-
2007	71.489	46.217	65%	2.645	4%	22.627	32%	-	-
2008	69.442	44.893	65%	1.979	3%	22.570	33%	-	-
2009	74.500	44.870	60%	1.775	2%	25.025	34%	2.830	4%
2010	74.416	43.821	59%	1.942	3%	24.348	33%	4.305	6%
2011	75.246	44.463	59%	1.724	2%	24.301	32%	4.758	6%
2012	74.377	46.384	62%	1.644	2%	22.308	30%	4.041	5%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 63:
Egresos Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Como se vislumbra en los cuadros, **la incorporación del Hospital de Padre Hurtado a la Red no representó una disminución de la actividad del Hospital Dr. Sótero del Río ni menos aún del Hospital San José de Maipo.**

El análisis de **egresos por Servicio Clínico** muestra que Obstetricia y Ginecología, concentra alrededor del 30% de la totalidad de egresos, seguido de Urgencia con una participación en torno al 21% anual, el Área Quirúrgica con un 14% y Pediatría con una participación del 12% para el año 2012. En suma, Obstetricia, Urgencias, Cirugía y Pediatría concentran alrededor del 60% de los egresos a nivel de este Servicio de Salud.

Cuadro nº 123:
Número de Egresos Por Servicio Clínico
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

SERVICIO CLINICO	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PEDIATRIA	5.810	8.134	8.787	8.629	7.458	6.544	8.151	7.311	7.929	6.940	7.875	8.084	7.902	8.717
PEDIATRIA INTERMEDIA	833	772	1.292	1.223	1.305	1.337	1.289	1.133	1.314	1.491	1.417	1.493	1.397	1.602
AREA MEDICA										9.695	5.869	5.057	5.906	6.191
AREA QUIRURGICA										14.617	9.838	10.044	9.546	10.312
U.C.I. PEDIATRIA	366	281	512	517	498	523	492	571	530	563	548	625	473	534
CIRUGIA INFANTIL	2.850	2.862	3.290	3.105	3.211	4.388	2.296	3.433	3.342	2.880	2.665	2.727	2.849	3.006
RECEN NACIDOS	1.777	2.648	1.775								1.623	1.893	1.788	1.894
RECEN NACIDO INCUBADORA	648	635	588	715	770	421				602	722	689	730	739
RECEN NACIDO INTERMEDIO	0	0	597	551	508	970	1.386	1.551	1.677	1.347				
RECEN NACIDO MINIMO	1.011	823	1.264	1.472	1.239	1.698	2.134	2.153	2.537	1.927	1.761	1.869	1.683	1.949
RECEN NACIDO U.C.I.	481	411	577	549	503	549	572	674	621					
OBSTETRICIA	20.849	21.831	21.767	21.529	19.640	18.728	19.256	18.256	18.232	18.059	18.406	17.905	16.773	15.920
GINECOLOGIA	3.283	3.595	3.459	3.415	3.568	3.947	4.071	4.025	3.787	4.154	4.668	4.492	5.006	4.660
MEDICINA	3.803	3.734	3.483	3.748	6.198	6.300	8.174	21.196	10.676					
MEDICINA INTERMEDIA	743	866	861	884	1.777	1.647	1.149	754	835	690	780	750	593	720
CIRUGIA ADULTO	5.879	6.140	6.264	5.678	9.556	10.504	10.374	10.671	13.896					
OFTALMOLOGIA	1.358	1.837	2.227	2.060	1.742	329	96	5						
OTORRINOLARINGOLOGIA	281	277	312	320	305	244	225	77						
UROLOGIA	746	777	843	890	868	939	916	960	93					
DERMATOLOGIA	49	51	53	70	75	48	34							
TRAUMATOLOGIA	1.107	1.173	1.141	1.189	1.293	1.351	1.441	1.488	131					
NEUROLOGIA	883	916	937	984	1.048	968	959	934	80					
MAXILO FACIAL	292	280	247	293	286	302	278	121						
UCL ADULTO	384	446	521	1.050	1.056	1.059	1.051	962		989	1.243	1.428	1.531	1.470
UTI INDIFFERENCIADO									1.082	1.089	1.778	2.319	2.259	1.892
UTI CORONARIO									1.093					
UNIDAD CORONARIA INTERMEDIO										1.196	1.540	1.529	1.216	1.147
URGENCIA	7.878	8.692	9.599	10.150	10.822	11.761	12.042		14.760	16.405	15.540	14.400	14.640	15.890
PENSIONADO	2.274	2.212	2.128	1.961	1.916	2.226	2.143	2.136	2.139	2.181	1.792	2.060	2.229	2.148
PSIQUIATRIA					56	151	155	164	155	168	243	184	172	273
PSIQUIATRIA INFANTIL										31	116	111	134	149
TISIOLOGIA	187	184	245	259	140	164	143	100	72	82	65	49	74	73
AREA MEDICA QUIRURGICA INDIFFERENCIADO											1.624	1.680	921	619
DERIVA. MED. QUIRURG.	197	3.645	5.516	5.572	1.346	1.670	1.495	1.714	2.211	1.305				
INDIFFERENCIADO	616	620	839	547	281	287	271	457	1.412					
ALCOHOL Y DROGAS				51	100	80	91	75	14	5				
PEDIATRIA INDIFFERENCIADO (*)											203	161	639	568
INDIFFERENCIADO (*)										250				
MEDICINA BASICO											2.475	3.257	2.789	2.968
CIRUGIA											6.444	6.267	6.999	5.607
MEDICINA AGUDOS										86	5.684	6.885	6.593	5.974
INFECCIOSO ADULTO													32	122
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION													119	391
GERIATRIA													1.197	271
T O T A L	53.425	61.774	65.297	64.881	63.199	65.069	67.986	68.105	71.489	69.442	74.500	74.416	75.246	74.377

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

- **Dotación de Camas**

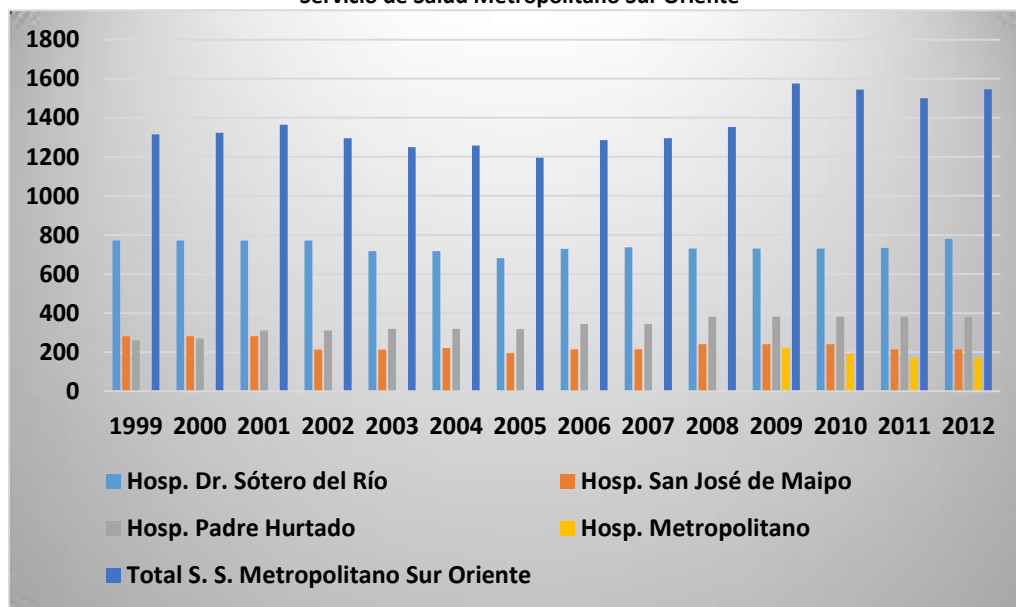
La dotación de camas desde 1999 hacia 2012 exhibe un **comportamiento estable** en torno a las 1250 a 1300 camas en promedio, hasta el año 2008. A partir del 2009, se abren un promedio de 170 a 200 camas en el Hospital Metropolitano, ex Hospital Militar, representado estas últimas un incremento neto de camas a nivel de Servicio.

Cuadro n° 124:
Dotación de Camas Según Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hosp. Dr. Sótero del Río	828	798	798	798	772	772	772	772	718	718	682	728	737	731	731	731	733	779
Hosp. San José de Maipo	282	282	282	282	282	282	282	213	213	221	195	215	215	241	241	241	214	214
Hosp. Padre Hurtado				114	261	270	311	311	319	319	318	343	343	381	381	381	381	381
Hosp. Metropolitano															222	192	172	172
Total S. S. Metropolitano Sur Oriente	1.110	1.080	1.080	1.194	1.315	1.324	1.365	1.296	1.250	1.258	1.195	1.286	1.295	1.353	1.575	1.545	1.500	1.546

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 64:
Dotación de Camas por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

- **Porcentaje de Ocupación de Camas**

Respecto del indicador de porcentaje de ocupación de camas, es el **Hospital Dr. Sotero del Río** el que exhibe el índice de ocupación de camas más alto, con un 83% para el año 1999, llegando a un porcentaje de 90% para el 2012. El Hospital Padre Hurtado por su parte, muestra un porcentaje de ocupación de 74% para el año 1999, que asciende a 85% para el año 2012. El Hospital San José de

Maipo, también muestra un sostenido incremento en el porcentaje de ocupación de camas, pasando de 74% para 1999 a 82% para 2012.

Cabe destacar que la incorporación del Hospital Metropolitano, con un porcentaje de ocupación en torno al 80%, permite satisfacer una demanda que de otra forma se habría transformado en Lista de Espera o compras al extrasistema.

Cuadro nº 125:
Porcentaje de Ocupación de Camas Según Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hosp. Dr. Sotero del Río	81,8%	82,1%	79,1%	82,9%	83%	82%	81%	83%	81%	81%	83%	86%	88%	87%	90%	89%	89%	90%
Hosp. San José de Maipo	68,3%	66,6%	65,0%	54,6%	61%	61%	58%	58%	68%	65%	69%	66%	70%	70%	70%	76%	78%	82%
Hosp. Padre Hurtado				57,8%	74%	80%	81%	78%	78%	78%	77%	76%	80%	74%	81%	86%	86%	85%
Hosp. Metropolitano															80%	82%	84%	83%
Total S. S.																		
Metropolitano Sur Oriente	80%	78%	76%	76%	77%	78%	77%	78%	78%	78%	80%	80%	83%	81%	84%	86%	86%	87%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

- Intervenciones Quirúrgicas**

Las Intervenciones quirúrgicas totales **se incrementan a nivel de Servicio** de Salud en un 54% el 2012 respecto del año 1999. Ello es explicado por el incremento de un 47% del Hospital Dr. Sotero de Río y la puesta en marcha del Hospital Padre Hurtado, que crece en actividad quirúrgica por sobre el 200% en el período 1999-2012. Ello muestra que la incorporación del Hospital Padre Hurtado contribuyó a incrementar la actividad asistencial de cirugías.

Cabe hacer mención que la actividad quirúrgica del Hospital Dr. Sotero del Río representa un 54% del total de Intervenciones Mayores y Menores a nivel secundario y primario. En tanto, el Hospital Padre Hurtado alcanza una participación del 18% del total para el 2012. Las Intervenciones Quirúrgicas en atención primaria representan un 25% del total asociada a cirugía ambulatoria.

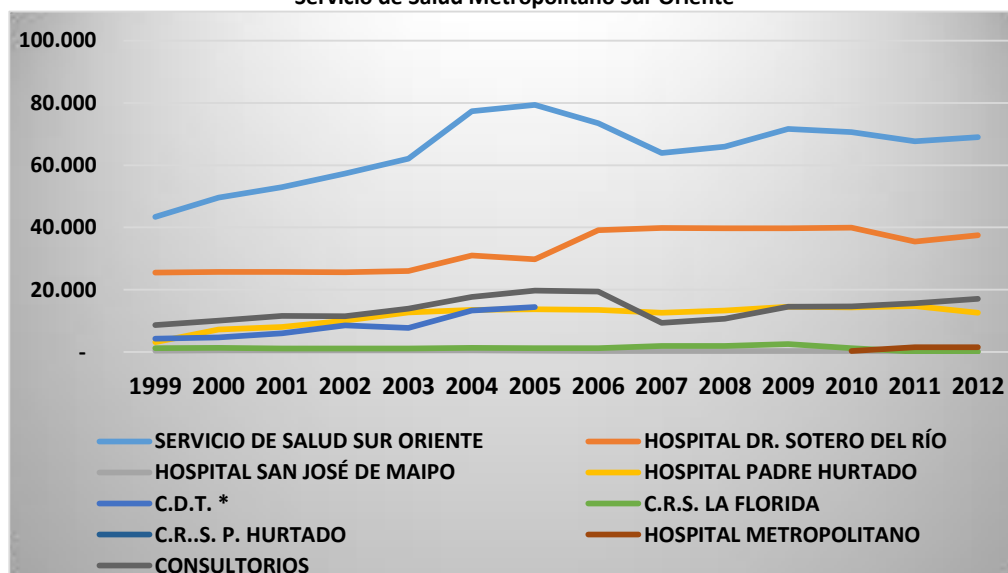
Cuadro nº 126:
Intervenciones Quirúrgicas Totales Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SERVICIO DE SALUD SUR ORIENTE	33.139	34.926	37.431	40.311	43.371	49.616	52.948	57.303	62.077	77.332	79.360	73.496	63.978	65.995	71.682	70.626	67.710	69.041
HOSPITAL DR. SOTERO DEL RÍO	28.525	28.933	29.381	28.036	25.543	25.746	25.712	25.621	26.035	31.012	29.796	39.114	39.805	39.752	39.774	39.893	35.496	37.507
HOSPITAL SAN JOSÉ DE MAIPO	309	352	356	364	369	472	546	501	544	528	425	309	334	291	264	273	203	195
HOSPITAL PADRE HURTADO	-	-	-	217	3.196	7.264	8.016	10.031	12.689	13.510	13.723	13.520	12.583	13.318	14.572	14.311	14.742	12.610
C.D.T. *	-	-	1.620	3.187	4.233	4.676	5.994	8.512	7.684	13.303	14.420							
C.R.S. LA FLORIDA	-	-	705	1.262	1.178	1.371	1.092	1.161	1.157	1.294	1.237	1.180	1.893	1.979	2.523	1.205	140	124
C.R.S. P. HURTADO					176													
HOSPITAL METROPOLITANO																327	1.508	1.536
CONSULTORIOS	4.305	5.641	5.369	7.245	8.676	10.087	11.588	11.477	13.968	17.685	19.759	19.373	9.363	10.655	14.549	14.617	15.621	17.069

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

*Inicia Funciones como CDT a contar de junio de 1997.

Gráfico 65:
Total de Cirugías Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

El cuadro siguiente detalla la estadística según tipos de cirugía.

Cuadro nº 127:
Total de Cirugías Según Tipo de Cirugía
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
NEUROCIRUGIA	645	648	678	615	684	707	706	885	1.171	1.085	1.006	1.080	1.020	1.133
II CIRUGIA OFTALMOLOGICA	2.638	3.213	3.950	4.619	4.375	5.091	4.927	4.681	5.177	6.961	8.537	8.022	8.245	10.002
III CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA	2.441	2.787	2.854	2.998	3.449	4.205	3.860	4.148	3.978	3.345	2.895	3.168	1.895	1.924
IV CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	538	488	533	624	599	616	679	717	756	660	645	746	622	601
V CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	352	547	464	778	2.681	3.695	3.268	2.895	2.969	2.772	2.967	2.943	2.433	2.523
VI TEGUMENTOS	18.370	20.061	20.710	20.806	24.144	27.505	28.813	27.672	17.219	18.485	22.384	22.061	20.330	19.940
VIII CIRUGIA CARDIOVASCULAR	555	643	767	886	1.012	1.321	1.425	1.401	1.945	1.476	1.786	1.136	1.318	1.615
VIII CIRUGIA TORAXICA	240	329	328	409	446	444	461	433	421	427	392	448	386	344
IX CIRUGIA ABDOMINAL	5.504	6.943	7.972	7.841	7.574	8.215	7.996	8.533	8.749	9.366	9.954	8.601	9.686	9.275
X CIRUGIA PROCTOLOGICA	318	322	329	550	456	395	366	384	412	480	431	500	481	513
XI CIRUGIA UROLOGICA Y SUPRARRENAL	1.340	1.743	1.805	1.872	2.095	2.281	2.158	2.535	2.291	2.203	2.055	2.005	2.451	2.638
XII CIRUGIA DE MAMA	508	728	648	645	588	650	632	622	620	578	549	600	612	551
XIII CIRUGIA GINECOLOGICA	2.477	3.115	3.640	3.821	3.351	3.888	3.956	3.513	3.661	3.203	3.506	3.474	3.501	3.031
XIV CIRUGIA OBSTETRICA	5.192	5.433	5.364	5.111	4.504	4.852	5.052	4.624	4.962	5.262	5.311	5.641	5.194	5.339
XV TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	2.253	2.616	2.906	3.399	3.810	4.084	4.139	4.003	4.336	4.584	4.405	5.079	5.343	5.181
XVI ODONTOLOGIA				2.329	2.309	9.383	10.922	6.450	5.311	5.108	4.859	5.122	4.193	4.431
TOTAL DE INTERV. QUIRURGICAS	43.371	49.616	52.948	57.303	62.077	77.332	79.360	73.496	63.978	65.995	71.682	70.626	67.710	69.041

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

De acuerdo al cuadro anterior, para el año 2012, los Tegumentos representan el 29% de las cirugías totales, seguido de la cirugía Oftalmológica con un 14% de participación, cirugía Abdominal con un 13% y cirugía obstétrica y traumatológica con un 8% de participación cada una., representando en su conjunto un porcentaje del 72%.

- **Partos**

Los partos exhiben un **descenso en el período**, pasando de 15.004 en el año 1999, a 12.061 partos el año 2012. A nivel de establecimiento, el Hospital Dr. Sotero del Río disminuye el número de partos de 8.767 en 1999 a 6.742 el 2012, mientras que para el caso del Hospital Padre Hurtado, el número de partos disminuye de 6.235 a 5.319 en el período 1999 - 2012.

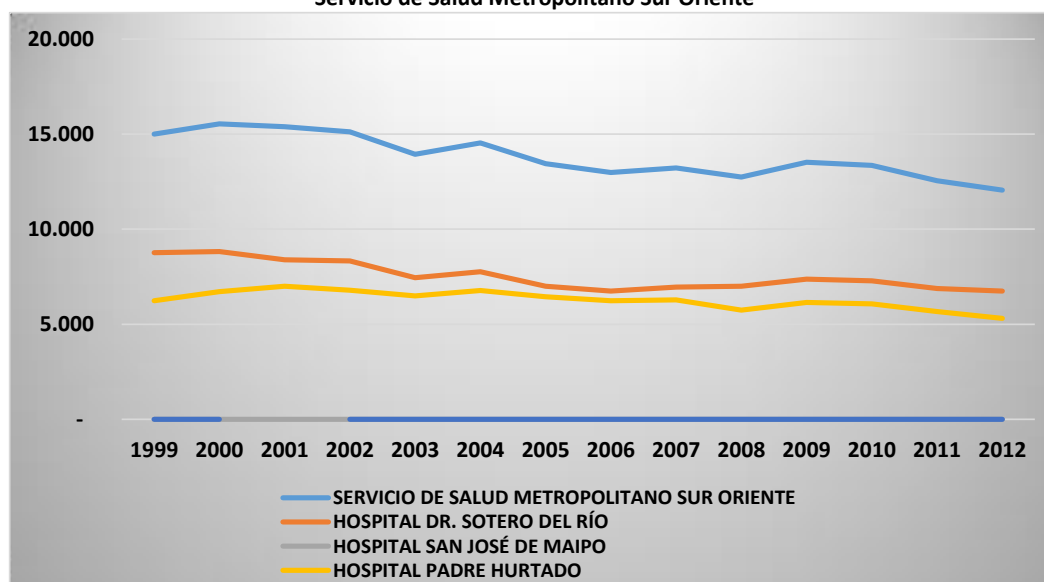
Esta tendencia es compatible con lo que se ha señalado con anterioridad respecto del proceso de envejecimiento de la población a nivel nacional, y en particular, en las comunas de Puente Alto y San Ramón, además del efecto que con la incorporación del H. Luis Tisné en la comuna de Peñalolén, ha disminuido la migración de beneficiarias de dicha comuna hacia el hospital Sótero del Río de la comuna de puente Alto del SSMSO.

Cuadro nº 128:
Partos y Abortos Según Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE	13.926	13.777	13.428	13.502	15.004	15.533	15.396	15.127	13.942	14.534	13.448	12.982	13.227	12.748	13.513	13.358	12.554	12.061
HOSPITAL DR. SOTERO DEL RÍO	13.910	13.772	13.419	12.801	8.767	8.822	8.390	8.338	7.451	7.764	7.001	6.746	6.949	6.996	7.371	7.282	6.881	6.742
HOSPITAL SAN JOSÉ DE MAIPO	12	2			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HOSPITAL PADRE HURTADO				701	6.235	6.710	7.006	6.789	6.491	6.770	6.447	6.236	6.278	5.752	6.142	6.076	5.673	5.319
CONSULTORIOS	4	3	9		2	1		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 66:
Partos Según Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

- **Actividades de Apoyo Clínico**

En esta categoría se incluyen exámenes de laboratorio, e Imagenología y Procedimientos de Diagnóstico.

En materia de **Exámenes de Laboratorio**, en el período 1999 – 2012 exhiben un sostenido crecimiento siendo de 2.248.759 el año 1999 y de 5.669.758 el año 2012, representando un crecimiento de 152% a nivel de Servicio de Salud. A nivel de establecimiento, el Hospital Dr. Sotero del Río exhibió un incremento de 81% en tanto el Hospital Padre Hurtado un incremento de 613%, en igual período.

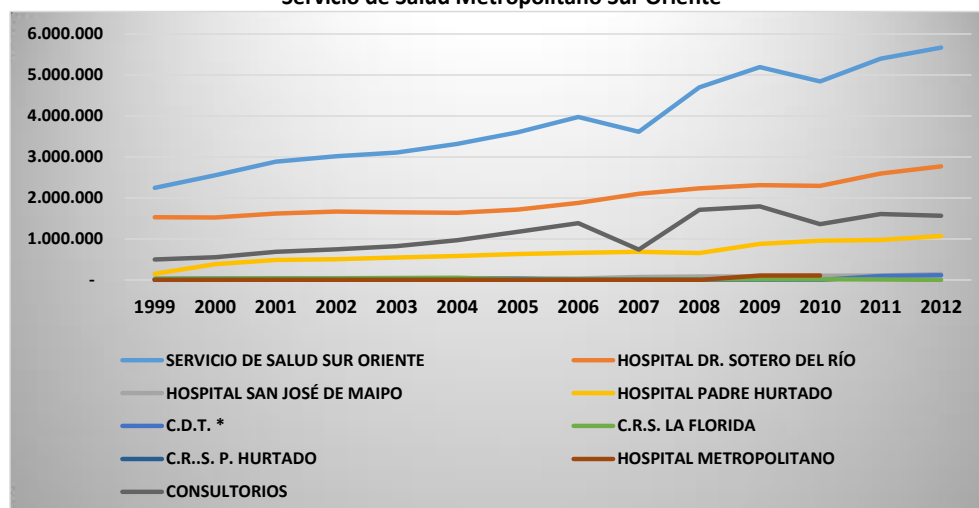
El Hospital Dr. Sotero del Río participa del 68% del total de exámenes a principios del período, disminuyendo su participación para el 2012 a una cifra cercana al 50%. Por otra parte, el Hospital Padre Hurtado participa del 7% el año 1999 y se incrementa hasta llegar a un 19% el año 2012.

Cuadro nº 129:
Exámenes de Laboratorio Totales Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	Total S. S. Metropolitano Sur Oriente	Hosp. Dr. Sótero del Río	Hosp. San José de Maipo	Hosp. Padre Hurtado	Hosp. Metropolitano	C.D.T.	C.R.S. La Florida	C.R.S. Padre Hurtado	Consultorios
1995	1.489.681	1.222.839	20.801	-	-	-	-	-	246.041
1996	1.562.437	1.238.675	23.604	-	-	-	-	-	300.158
1997	1.698.501	1.318.600	25.056	-	-	3.902	-	-	350.943
1998	1.914.148	1.468.157	18.594	6.502	-	10.446	9.311	-	401.138
1999	2.248.759	1.528.741	19.033	150.548	-	23.988	30.089	-	496.360
2000	2.552.501	1.523.629	27.657	383.978	-	26.621	35.098	-	555.518
2001	2.887.365	1.617.925	29.555	485.313	-	25.640	41.338	-	687.594
2002	3.016.060	1.665.581	31.129	503.422	-	26.572	43.512	-	745.844
2003	3.110.290	1.648.154	15.348	548.573	-	27.187	47.171	-	823.857
2004	3.317.648	1.637.806	40.646	585.546	-	29.780	56.099	-	967.771
2005	3.600.621	1.715.563	40.473	630.682	-	31.901	9.955	-	1.172.047
2006	3.977.252	1.876.837	37.495	662.308	-	-	12.787	-	1.387.825
2007	3.612.418	2.101.919	70.848	688.986	-	-	13.283	-	737.382
2008	4.700.254	2.233.550	83.548	657.593	-	-	14.725	-	1.710.838
2009	5.192.664	2.311.059	81.294	879.678	108.529	-	15.056	-	1.797.048
2010	4.843.446	2.297.090	101.516	959.294	107.039	-	16.229	-	1.362.278
2011	5.400.801	2.596.668	107.859	977.185	-	97.115	13.557	-	1.608.417
2012	5.669.758	2.769.525	146.619	1.074.061	1.381	114.202	999	-	1.562.971

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 67:
Exámenes de Laboratorio Totales Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

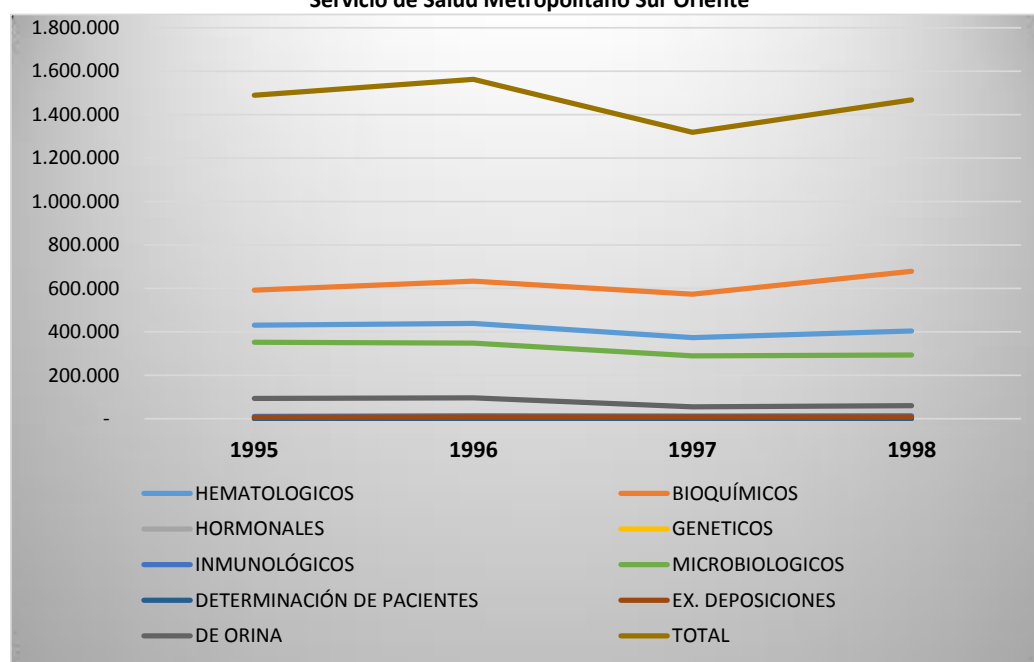
Los **exámenes de laboratorio** se concentran en un 80% en aquellos de tipo Hematológico y Bioquímico, tal como se detalla en el cuadro siguiente,

Cuadro nº 130:
Exámenes de Laboratorio Totales Por Tipo
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	TOTAL	Hematológicos	Bioquímicos	Hormonales	Genéticos	Inmunológicos	Microbiológicos	Determinación Pacientes	Ex. Deposiciones	De Orina
1995	1.489.681	430.898	591.582	4.933	37	10.436	351.707	-	6.699	93.389
1996	1.542.437	438.537	633.772	6.184	87	13.276	347.613	-	7.292	95.676
1997	1.698.501	462.735	744.182	9.034	47	15.705	356.202	-	8.130	102.466
1998	1.914.148	497.952	900.225	10.488	47	19.697	363.121	-	8.905	113.713
1999	2.248.759	575.822	1.080.827	14.921	54	34.119	399.211	-	9.128	134.677
2000	2.553.501	663.399	1.217.202	16.861	58	40.313	441.880	-	11.218	162.570
2001	2.887.365	754.495	1.346.288	18.205	219	37.589	509.714	24	10.495	210.336
2002	3.016.060	748.651	1.481.845	16.284	258	39.663	496.069	352	10.510	222.428
2003	3.110.290	719.641	1.645.015	19.552	258	46.896	446.993	499	10.582	220.854
2004	3.317.648	766.045	1.816.959	24.741	275	51.822	424.996	706	8.678	223.426
2005	3.600.621	758.062	2.098.871	34.722	233	62.430	408.373	841	13.118	223.971
2006	3.977.252	821.688	2.329.472	50.832	205	68.899	440.249	539	11.651	253.717
2007	3.612.418	767.460	2.130.448	60.218	221	82.176	376.856	615	9.991	184.433
2008	4.700.254	903.103	2.885.973	67.810	245	111.052	441.166	701	9.867	280.337
2009	5.192.664	975.312	3.210.102	76.563	281	151.445	460.497	774	10.217	307.473
2010	4.843.446	952.114	2.919.275	79.999	137	166.773	426.413	879	10.285	287.571
2011	5.400.801	1.082.359	3.257.248	91.074	68	161.659	442.760	698	9.760	355.175
2012	5.669.758	1.145.324	3.420.839	93.416	140	178.671	416.357	565	9.576	404.870

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Gráfico 68:
Exámenes de Laboratorio Totales Por Tipo
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Respecto de los **exámenes de Imagenología y Procedimientos de Diagnóstico**, la mayoría de ellos experimenta un incremento constante en el número de actividades durante el período, siendo de igual modo el Hospital Dr. Sotero del Río el que concentra el 50% en promedio la producción, constituyéndose en centro de referencia para la derivación, seguido por el Hospital Padre Hurtado que participa del 5% en el año 1999 alcanzando un porcentaje de participación de 17% en el año 2012.

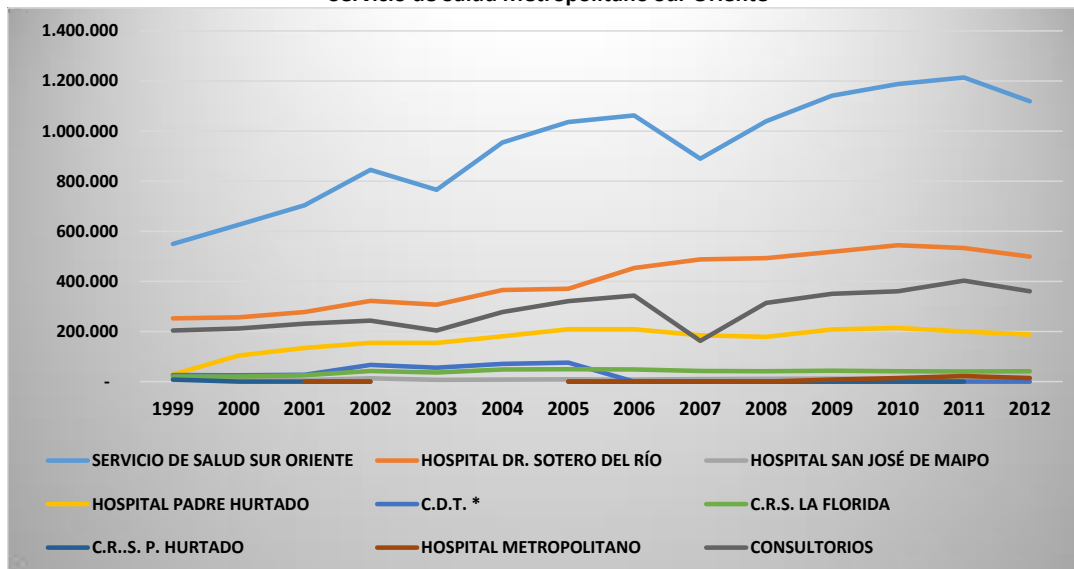
Cuadro nº 131:
Imagenología y Procedimientos de Diagnósticos⁶³
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	Total S. S. Metropolitano Sur Oriente	Hosp. Dr. Sotero del Río	Hosp. San José de Maipo	Hosp. Padre Hurtado	Hosp. Metropolitano	C.D.T.	C.R.S. La Florida	C.R.S. Padre Hurtado	Consultorios
1995	540.945	358.520	-	-	-	-	2.141	-	180.284
1996	431.573	231.304	5.025	-	-	-	4.955	-	190.289
1997	467.278	242.904	4.233	-	-	21.787	15.389	-	182.965
1998	473.552	241.690	4.934	875	-	31.973	18.696	-	175.384
1999	549.822	252.476	6.960	29.086	-	26.825	20.953	8.899	204.623
2000	626.468	256.883	6.142	104.067	-	25.835	20.807	-	212.734
2001	704.063	277.904	6.196	135.086	-	27.335	25.397	-	232.145
2002	845.538	322.348	13.619	155.086	-	67.103	43.066	-	244.316
2003	766.435	307.014	7.523	155.296	-	55.479	36.307	-	204.816
2004	954.419	366.038	8.769	181.558	-	70.608	48.862	-	278.584
2005	1.037.020	371.045	9.347	209.564	-	76.516	49.441	-	321.107
2006	1.063.301	453.567	8.032	209.549	-	-	48.809	-	343.344
2007	890.225	487.881	10.706	185.488	-	-	42.712	-	163.438
2008	1.040.021	493.188	11.798	179.276	-	-	41.365	-	314.394
2009	1.141.310	518.602	12.141	208.060	8.219	-	43.362	-	350.926
2010	1.187.948	544.830	10.501	214.776	14.667	-	41.839	-	361.335
2011	1.214.811	533.366	13.510	200.646	22.882	-	41.077	-	403.330
2012	1.119.317	499.092	14.479	187.996	14.506	-	42.256	-	360.988

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

⁶³ El Hospital Padre Hurtado ha realizado una asociación público- privada con una Universidad y establecimiento asistencial privado, convenio mediante el cual ha podido realizar proyectos complementarios, uno de ellos es adquisición de equipamiento de imagenología compleja que ha permitido realizar mayor y mejor diagnóstico clínico. Esta asociación es una de las buenas prácticas que sea observado en este establecimiento.

Gráfico 69:
Imagenología y Procedimientos de Diagnósticos
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Cuadro nº 132:
Imagenología y Procedimientos de Diagnósticos Por Tipo
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

AÑO	Total S. S. Metropolitano Sur Oriente	Imagenología	Anatomía Patológica	Medicina Nuclear	Procedimiento de Ortopedia	Hemodíálisis	Curaciones	Procedimiento de Diagnóstico
1995	540945	131647	42496	-	129817	-	182368	54617
1996	431573	143.804	46.956	121	6.397	843	191.995	41.457
1997	467278	175.250	51.519	195	10.509	1.232	189.431	39.142
1998	473.552	200.893	53.651	114	15.995	1.013	201.886	-
1999	549.822	240.432	63.649	78	15.766	722	229.175	-
2000	626.468	300.299	71.715	84	17.119	833	236.418	-
2001	704.063	350.992	80.912	65	17.313	1.076	253.705	-
2002	845.538	426.177	90.331	63	13.131	527	259.831	55.478
2003	766.435	350.650	81.278	60	25.210	210	235.883	73.144
2004	954.419	444.010	89.602	12	24.813	152	230.838	164.992
2005	1.037.020	467.853	104.867	150	22.290	241	293.579	148.040
2006	1.063.301	462.075	105.130	139	31.080	1.940	293.698	169.239
2007	890.225	376.529	125.194	162	14.326	1.276	161.712	211.026
2008	1.040.021	413.228	100.874	52	13.797	2.549	201.992	307.529
2009	1.141.310	465.686	106.748	161	15.435	1.255	217.593	334.432
2010	1.187.948	479.576	112.787		12.503	1.609	219.479	361.994
2011	1.214.811	492.766	101.870	2.439	9.850	1.094	251.983	354.809
2012	1.119.317	486.204	103.744	2.585	5.140	765	219.809	301.070

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

Imagenología representa el 43% del total de Exámenes y Procedimientos, en el año 2012. Le sigue, Procedimientos de Diagnóstico con una participación del 27% y Curaciones con un 20%. En consecuencia, los tres exámenes concentran 90% del total, para el 2012.

d) Análisis Financiero: Descripción Presupuestaria- Financiera de la red Asistencial posterior a la incorporación del Hospital Padre Hurtado.

El análisis ex post tiene por objeto indagar el efecto que tuvo la incorporación de un nuevo centro asistencial sobre el desempeño la red asistencial en la cual éste se insertó. Por lo cual se estudiará el comportamiento de la red una vez que el nuevo establecimiento está en operación.

Para acometer el análisis financiero presupuestario ex post, se “aislará” el desempeño de la red respecto del desempeño del nuevo establecimiento. Lo anterior implica separar el presupuesto y la correspondiente ejecución presupuestaria del establecimiento respecto de la del Servicio de Salud al cual pertenece.

Como se señaló anteriormente, el Hospital Padre Alberto Hurtado inició sus operaciones en el mes noviembre de 1998, no obstante a la fecha del presente informe no ha sido posible obtener la información presupuestaria y financiera para los años 1997 a 1999, razón por la cual el análisis para la red asistencial asociada a este establecimiento, es decir, el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente se realizará para el período comprendido entre los años 2000 al 2012. El mismo período se considerará para el análisis del Hospital Padre Alberto Hurtado.

i) *Presupuesto de Ingresos y Gastos Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente*

• Presupuesto de Ingresos

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente **elevó su presupuesto de ingreso total** entre los años 2000 al 2012 desde \$62,5 a \$211,3 mil millones (en moneda de diciembre de 2012), lo que representó un incremento real de 238%.

A **nivel de partidas**, Transferencias Corrientes fue la que evidenció el mayor incremento absoluto con un monto de \$126,6 mil millones, que representó un crecimiento del 220%. Al interior de este subtítulo, las transferencias APS fueron las que evidenciaron el mayor crecimiento con un 386,3% para el período.

En segundo lugar, la partida Transferencias para Gastos de Capital tuvo un incremento absoluto de \$20,9 mil millones, que representó un crecimiento del 3.108,6%. Este fuerte incremento del marco presupuestario obedece a un programa de inversión en infraestructura y equipamiento en el marco de los procesos de acreditación de los establecimientos de salud.

Por su parte, la partida con mayor decrecimiento en el período fue Ingresos de Operación con una reducción absoluta de \$461 millones.

El siguiente cuadro muestra el presupuesto de ingresos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente para los años 2002 al 2012 a nivel de subtítulo, en moneda de diciembre del año 2012.

Cuadro nº 133:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Presupuesto de Ingresos años 2000 – 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Subt. 5 Transf Corrientes	57.552.500	66.007.571	57.956.634	62.886.684	71.066.666	79.996.769	96.724.183
0502007 APS	14.984.353	18.294.538	21.691.311	24.191.937	27.244.571	31.776.072	36.912.507
0502008 PPV	0	0	17.573.182	18.441.842	21.364.837	24.436.421	31.257.669
0502009 PPI	0	0	17.975.756	19.280.316	20.956.628	22.938.792	27.564.282
0502010 SUBSEC. SALUD PUBL.	107.065	383.279	38.229	309.774	856.914	166.152	154.721
0502013 SUBSEC. REDES ASIST	0	0	0	0	0	0	0
0502022 F.U. PREST. FAM. Y S.C.	335.207	644.926	678.157	662.816	643.716	679.332	835.004
Subt. 6 Rentas de la Propied.	0	5.282	0	0	0	60.610	84.764
Subt. 7 Ingresos de Operación	2.829.106	2.412.322	2.538.508	2.645.076	2.213.520	2.492.135	1.981.122
Subt. 8 Otros Ing. Corrientes	10.973	1.901.542	1.157.951	631.126	768.902	1.132.072	1.009.898
Subt. 10 Vta. Activos No Financ.	0	3.003	0	0	585.563	272.857	0
Subt. 11 Vta. Activos Financ.	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 12 Recuperación Pptmos.	494.238	646.264	489.634	578.806	189.310	307.864	140.982
Subt. 13 Transf. Para Gastos Capital	673.671	0	111.821	67.098	229.301	891.622	3.247.761
Subt. 15 Saldo Inicial de Caja	957.594	300.487	42.273	41.824	41.821	40.342	374.098
Total	62.518.080	71.276.472	62.296.820	66.850.614	75.095.085	85.194.270	103.562.808

Continuación Cuadro nº 133:

Subtítulo	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 5 Transf Corrientes	109.635.694	122.121.033	157.194.071	168.574.570	173.979.230	184.162.903
0502007 APS	42.014.309	46.409.721	55.168.321	62.242.197	65.498.320	72.872.143
0502008 PPV	37.454.936	39.073.474	39.060.606	38.817.998	30.506.538	54.474.624
0502009 PPI	29.085.455	35.592.508	61.421.438	67.197.032	77.741.404	56.597.268
0502010 SUBSEC. SALUD PUBL.	221.751	193.362	256.993	161.441	96.681	45.870
0502013 SUBSEC. REDES ASIST	0	89.781	110.257	155.902	136.287	172.998
0502022 F.U. PREST. FAM. Y S.C.	859.243	762.188	1.176.456	0	0	0
Subt. 6 Rentas de la Propied.	49.829	97.017	121.447	119.707	76.242	128.838
Subt. 7 Ingresos de Operación	2.135.548	2.004.209	2.119.093	2.231.686	2.400.645	2.367.627
Subt. 8 Otros Ing. Corrientes	757.816	615.397	792.011	2.075.418	1.706.289	2.705.886
Subt. 10 Vta. Activos No Financ.	0	0	0	0	0	0
Subt. 11 Vta. Activos Financ.	35.357	0	0	0	0	0
Subt. 12 Recuperación Pptmos.	113.732	126.363	216.261	210.014	67.597	357.537
Subt. 13 Transf. Para Gastos Capital	1.193.939	2.583.621	2.073.979	2.010.969	30.077.702	21.615.624
Subt. 15 Saldo Inicial de Caja	0	0	0	0	32.116	0
Total	113.921.916	127.547.640	162.516.863	175.222.364	208.339.821	211.338.415

La **composición del presupuesto de ingresos** evidencia un cambio en su estructura en el período en estudio. En efecto, en el año 2000 el subtítulo Transferencias Corrientes explicaba el 92,1% del presupuesto total de ingresos, en tanto que para el año 2012 dicho subtítulo explicó el 87,1%. Al interior del subtítulo también se verificó un cambio en la participación relativa de las distintas partidas que lo componen, toda vez que las asignaciones asociadas al Pago por Prestaciones Valoradas – PPV - y Pago por Prestaciones Institucionales – PPI – bajaron su participación al interior del subtítulo desde el 73,2% en el año 2000 al 60,3% en el año 2012, en tanto que las transferencia APS aumentaron su participación desde un 26,0% en año 2000 al 39,6% en el año 2012).

El subtítulo Transferencias para Gastos de Capital aumentó su participación relativa dentro del total de ingresos presupuestados desde un 1,1% al 10,2% entre los años 2000 y 2012. Por su parte, el subtítulo Ingresos de Operación bajó su participación relativa desde un 4,5% al 1,1% en igual período de análisis.

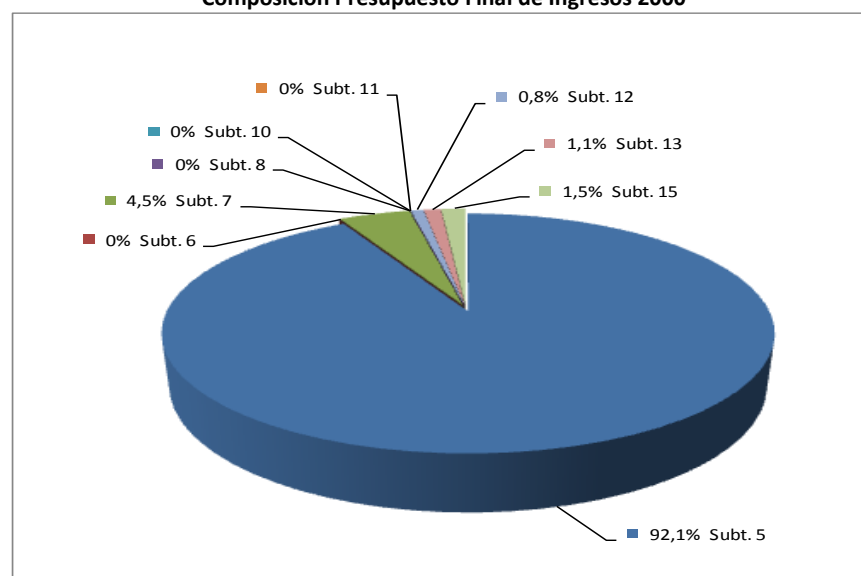
Cuadro nº 134:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Composición del Presupuesto de Ingresos años 2000 - 2012

Subtítulo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 5 Transf Corrientes	92,1%	92,6%	93,0%	94,1%	94,6%	93,9%	93,4%	96,2%	95,7%	96,7%	96,2%	83,5%	87,1%
0502007 APS	24,0%	25,7%	34,8%	36,2%	36,3%	37,3%	35,6%	36,9%	36,4%	33,9%	35,5%	31,4%	34,5%
0502008 PPV	0,0%	0,0%	28,2%	27,6%	28,5%	28,7%	30,2%	32,9%	30,6%	24,0%	22,2%	14,6%	25,8%
0502009 PPI	0,0%	0,0%	28,9%	28,8%	27,9%	26,9%	26,6%	25,5%	27,9%	37,8%	38,3%	37,3%	26,8%
0502010 SUBSEC. SALUD PUBL.	0,2%	0,5%	0,1%	0,5%	1,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%
0502013 SUBSEC. REDES ASIST	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
0502022 F.U. PREST. FAM. Y S.C.	0,5%	0,9%	1,1%	1,0%	0,9%	0,8%	0,8%	0,8%	0,6%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 6 Rentas de la Propied.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
Subt. 7 Ingresos de Operación	4,5%	3,4%	4,1%	4,0%	2,9%	2,9%	1,9%	1,9%	1,6%	1,3%	1,3%	1,2%	1,1%
Subt. 8 Otros Ing. Corrientes	0,0%	2,7%	1,9%	0,9%	1,0%	1,3%	1,0%	0,7%	0,5%	0,5%	1,2%	0,8%	1,3%
Subt. 10 Vta. Activos No Financ.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 11 Vta. Activos Financ.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 12 Recuperación Pptmos.	0,8%	0,9%	0,8%	0,9%	0,3%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%
Subt. 13 Transf. Para Gastos Capital	1,1%	0,0%	0,2%	0,1%	0,3%	1,0%	3,1%	1,0%	2,0%	1,3%	1,1%	14,4%	10,2%
Subt. 15 Saldo Inicial de Caja	1,5%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

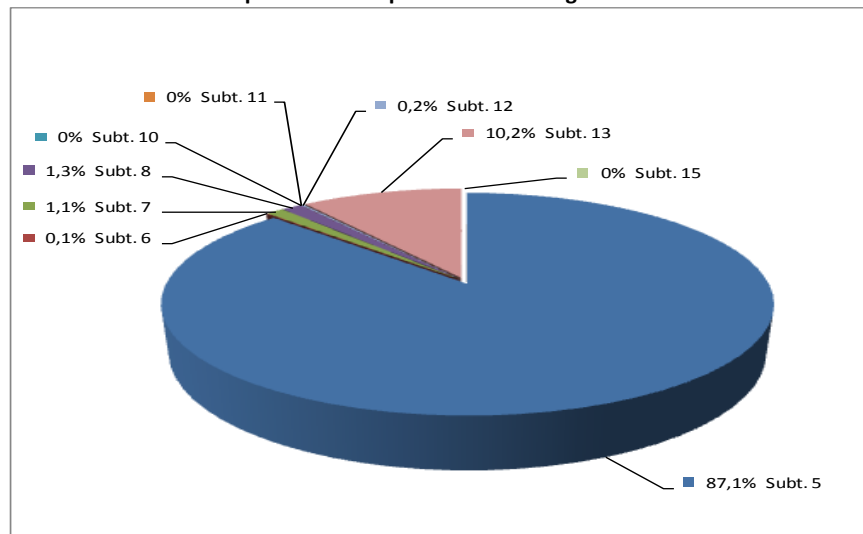
Por su parte, los gráficos muestran la composición del presupuesto de Ingresos para el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente para los años 2000 y 2012, respectivamente.

Gráfico 70:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Composición Presupuesto Final de Ingresos 2000



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

Gráfico 71:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Composición Presupuesto Final de Ingresos 2012



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos

- **Presupuesto de Gastos**

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente aumentó su presupuesto de gastos desde \$61,8 a \$211,3 mil millones entre los años 2000 y 2012 (en moneda de diciembre de 2012), lo que representó un incremento real de 241,7%, y de 215% sin considerar las transferencias corrientes.

La **partidas** de Gastos que más se incrementaron en el período fueron Transferencias Corrientes con aumento neto de \$49,7 mil millones que implicó un crecimiento de 331%; Bienes y Servicios de Consumo con un aumento neto de \$42,3 mil millones que equivale a un 355,5% de crecimiento; Gastos en Personal que aumentó su presupuesto de gastos en \$37,4 mil millones con un incremento del 119,9%; el subtítulo Iniciativas de Inversión con un aumento neto de \$21,1 mil millones y el subtítulo Adquisición de Activos no Financieros con un aumento neto de \$1,4 mil millones. Por su parte, la partida Prestaciones de Seguridad Social fue la que presentó decrecimiento de \$2,2 mil millones en el período.

Cuadro nº 135:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Presupuesto de Gastos años 2000 - 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Subt. 21 Gastos en Personal	31.150.033	34.956.516	26.519.013	25.367.507	29.240.044	30.620.113	34.718.799
Subt. 22 Bienes y Servicios de Consumo	11.904.421	13.074.534	10.146.101	10.468.276	11.528.582	17.197.773	25.545.621
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	1.671.352	2.244.915	1.996.819	2.178.526	2.369.084	2.495.815	3.230.755
Subt. 24 Transferencias Corrientes	15.287.423	18.851.032	21.859.329	24.462.597	27.162.360	30.407.264	35.219.460
2401395 Pueblos Indígenas	14.439	14.420	17.036	17.191	18.686	18.387	18.174
2401461 Salud Mental	0	0	5.965	5.414	5.406	11.320	11.037
2403298 APS	14.984.353	18.294.538	21.344.168	23.876.211	26.130.958	30.259.596	35.190.249
2403396 Campaña de Invierno	0	0	0	0	0	0	0
Resto	288.631	542.074	492.159	563.781	1.007.308	117.961	0
Subt. 25 Integros al Fisco	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 29 Adquisición Activos No Financ.	207.883	254.379	246.568	283.761	1.240.077	540.569	1.475.727
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	0	0	111.821	38.796	179.522	674.268	2.676.610
Subt. 34 Servicio de la Deuda	626.534	1.669.793	1.566.514	2.576.222	1.185.962	9.315	401.949
Subt. 35 Saldo Final de Caja	996.763	228.523	42.273	1.474.929	2.189.454	3.249.154	293.886
Total	61.844.410	71.279.691	62.488.437	66.850.614	75.095.085	85.194.270	103.562.808

Continuación Cuadro nº 135:

Subtítulo	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 21 Gastos en Personal	38.393.750	41.160.751	54.691.910	60.990.465	62.511.761	68.640.942
Subt. 22 Bienes y Servicios de Consumo	31.940.277	36.555.114	41.406.328	48.609.415	52.848.372	54.220.373
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	2.843.260	3.497.569	6.716.555	2.493.463	528.517	0
Subt. 24 Transferencias Corrientes	38.558.316	41.281.603	49.774.242	55.166.339	58.737.425	64.743.934
2401395 Pueblos Indígenas	18.996	30.139	32.743	36.037	47.698	2.200
2401461 Salud Mental	10.951	10.226	11.012	10.854	10.735	10.874
2403298 APS	38.526.669	41.239.596	49.728.717	55.119.448	58.678.991	64.730.860
2403396 Campaña de Invierno	1.700	1.643	1.769	0	0	0
Resto	0	0	0	0	0	0
Subt. 25 Integros al Fisco	0	0	0	0	0	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0	0	0	0	0	20.637
Subt. 29 Adquisición Activos No Financ.	1.382.632	1.622.899	2.584.692	1.272.393	27.919.640	1.610.494
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	768.064	2.527.362	1.665.237	2.010.969	2.845.488	21.123.280
Subt. 34 Servicio de la Deuda	0	372.124	5.644.176	4.646.570	2.917.262	947.857
Subt. 35 Saldo Final de Caja	35.617	530.218	33.724	32.749	31.357	30.898
Total	113.921.916	127.547.640	162.516.863	175.222.364	208.339.821	211.338.415

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

El aumento en torno al 120% del gasto en el subtítulo 21 entre los años 2000 y 2012 se explica, por una parte, por un importante aumento en la dotación de personal que registró el servicio. En efecto, entre los años 2003 y 2012 la dotación de personal del servicio regida por la ley 18.834 aumentó en un 44,4% (1.025 cargos), en tanto que la dotación de horas regidas por la ley 19.664 registró un aumento de 21,6% y los cargos regidos por la ley 15.076 (cargos 28 horas de urgencia) lo hizo en 48,6% en igual período. Por otra parte, también influye en el aumento del presupuesto de gasto real del subtítulo 21 los incrementos reales de remuneraciones del sector público. En efecto, entre los años 2000 y 2012 el inflador del subtítulo 21 (gastos en personal) registró un aumento agregado de 85,9%, en tanto que el IPC para igual periodo mostró un incremento de 50,9%. Otro efecto que también puede explicar parte del aumento real en el gasto de este subtítulo es la mayor concentración de la planilla en grados altos de la escala, las nuevas

asignaciones o bonos por leyes o reivindicaciones laborales (derechos adquiridos bajo negociaciones con los Gremios de la Salud). Sin embargo, no se dispone de información para corroborar dicho efecto.

El fuerte aumento del presupuesto de gastos del subtítulo 22, se explicaría por la conjugación de varios fenómenos: Por el aumento en los niveles de producción agregada del Servicio; por la mayor complejidad de las prestaciones de salud producidas, por un incremento real de precios de insumos y medicamentos y la entrada en vigencia y expansión de la Ley Auge.

En relación al aumento de producción, salvo el caso de partos y cirugías menores (tegumentos), prácticamente todas las prestaciones evidenciaron un crecimiento entre los años 2000 y el 2012: controles y consultas crecieron en 21%, egresos en 20,4%, intervenciones quirúrgicas en 39,2%, exámenes de laboratorio en 81,8% e imagenología en 83,3%.

A su vez, las prestaciones de salud tendieron a complejizarse durante el período analizado. En efecto, el incremento de intervenciones quirúrgicas se explica exclusivamente por el aumento de las cirugías mayores las que aumentaron en un 66,1% (los tegumentos registraron una caída de 0,6% en el período analizado). Dentro de este grupo, las que mayor crecimiento registraron en el período fueron cirugía plástica y reparadora con un 361,2%, cirugía oftalmológica con un 211,3%, cirugía cardiovascular con un 151,2%, traumatología y ortopedia con un 98,1%, neurocirugía con un 74,8% y cirugía torácica con un 33,6%. Adicionalmente, las prestaciones de salud intensificaron el uso de servicios de apoyo diagnóstico, así la relación de exámenes de laboratorio por controles y consultas subió de 1,9 en el año 2000 a 2,9 en el año 2012, en tanto que la relación de exámenes de imagenología por controles y consultas se elevó de 0,51 a 0,78 entre los mismos años. Por último, dentro los exámenes de imagenología, los que registraron el mayor crecimiento en el período fueron los de procedimientos de diagnóstico que no existir en el año 2000 pasó a un total de 301.070 procedimientos en el 2012, en tanto que los exámenes de medicina nuclear se elevaron de un total de 84 a 2.585 exámenes en igual período.

En relación con el aumento de precios de insumos y medicamentos, no existen estadísticas oficiales del comportamiento de estos precios a nivel de los establecimientos de los Servicios de Salud, sin embargo, algunas estimaciones realizadas por directivos de Servicios de Salud han estimado que el índice de precios de medicamentos e insumos más que duplica el comportamiento del IPC general que publica el INE. En efecto, en la ponencia realizada por el señor Rafael Urriola en el XXI Seminario Regional de Política Fiscal desarrollado en la sede de la CEPAL los días 26 al 29 de enero de 2009, se indica que para el período comprendido entre los años 1999 al 2006, mientras el IPC general creció en alrededor de un 25%, el IPC de salud lo hizo en torno al 40% y el precio de los medicamentos creció en alrededor del 70%⁶⁴.

Por último, el importante aumento que evidenció el presupuesto de gasto del subtítulo 24 transferencias corrientes en el período analizado, el que alcanzó una cifra levemente superior al 330%, se explica por el importante aumento que registro el financiamiento de la Atención Primaria de Salud (cabe recordar que en relación con este gasto, los servicios de salud actúan como “caja

⁶⁴ Rafael Urriola, XXI Seminario Regional de Política Fiscal – Cepal, 26 al 29 de enero de 2009, Santiago.
<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getprod.asp?xml=/ilpes/noticias/paginas/5/35065/P35065.xml&xsl=/ilpes/tpl/p18f.xsl&base=/ilpes/tpl/top-bottom.xsl>

pagadora”, puesto que dichos recursos ingresan al presupuesto del servicio y posteriormente son traspasados a las municipalidades de su territorio jurisdiccional).

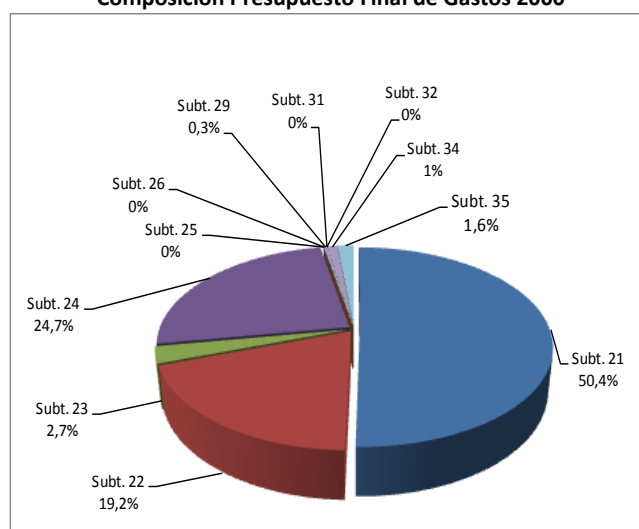
En relación a la **composición del presupuesto de gastos**, éste muestra un cambio en el período en estudio. En el año 2000 el Subtítulo 21 Gastos en Personal participaba con el 50,4%, en tanto que para el año 2012 su participación bajó al 32,5%. Por su parte, el Subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo subió su participación desde un 19,2% en el año 2000 a un 25,7% en el año 2012. A su turno, el subtítulo 23 Prestaciones de Seguridad Social redujo su participación desde el 2,7% al 0% en el período en estudio, en tanto que el subtítulo 24 Transferencias Corrientes elevó su participación desde un 24,7% al 30,6% en igual período. Por último, el subtítulo 31 Iniciativas de inversión incrementó su participación desde un 0% al 10%.

Cuadro nº 136:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Composición Presupuesto de Gastos años 2000 – 2012

Subtítulo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 21 Gastos en Personal	50,4%	49,0%	42,4%	37,9%	38,9%	35,9%	33,5%	33,7%	32,3%	33,7%	34,8%	30,0%	32,5%
Subt. 22 Bienes y Servicios de Consumo	19,2%	18,3%	16,2%	15,7%	15,4%	20,2%	24,7%	28,0%	28,7%	25,5%	27,7%	25,4%	25,7%
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	2,7%	3,1%	3,2%	3,3%	3,2%	2,9%	3,1%	2,5%	2,7%	4,1%	1,4%	0,3%	0,0%
Subt. 24 Transferencias Corrientes	24,7%	26,4%	35,0%	36,6%	36,2%	35,7%	34,0%	33,8%	32,4%	30,6%	31,5%	28,2%	30,6%
2401395 Pueblos Indígenas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2401461 Salud Mental	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2403298 APS	24,2%	25,7%	34,2%	35,7%	34,8%	35,5%	34,0%	33,8%	32,3%	30,6%	31,5%	28,2%	30,6%
2403396 Campaña de Invierno	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Resto	0,5%	0,8%	0,8%	0,8%	1,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 25 Integros al Fisco	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 29 Adquisición Activos No Financ.	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	1,7%	0,6%	1,4%	1,2%	1,3%	1,6%	0,7%	13,4%	0,8%
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,2%	0,8%	2,6%	0,7%	2,0%	1,0%	1,1%	1,4%	10,0%
Subt. 34 Servicio de la Deuda	1,0%	2,3%	2,5%	3,9%	1,6%	0,0%	0,4%	0,0%	0,3%	3,5%	2,7%	1,4%	0,4%
Subt. 35 Saldo Final de Caja	1,6%	0,3%	0,1%	2,2%	2,9%	3,8%	0,3%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

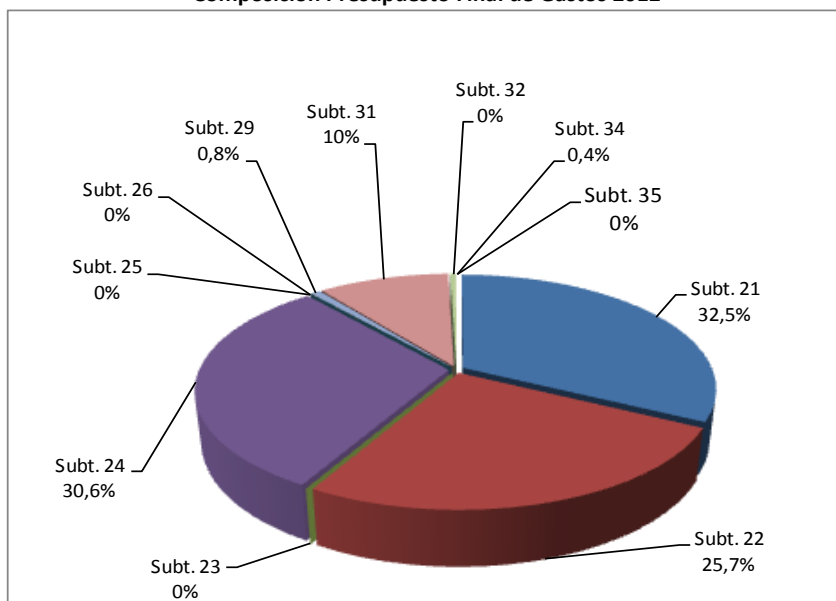
Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

Gráfico 72:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Composición Presupuesto Final de Gastos 2000



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

Gráfico 73:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Composición Presupuesto Final de Gastos 2012



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

ii) Presupuesto de Ingresos y Gastos Hospital Padre Alberto Hurtado.

• Presupuesto de Ingresos

El Hospital Padre Alberto Hurtado **elevó su presupuesto de ingreso total** entre los años 2002 al 2012 desde \$14,5 a \$33,5 mil millones (en moneda de diciembre de 2012), lo que representó un incremento real de 131,7%.

La partida de Transferencias Corrientes fue la que evidenció el mayor incremento absoluto con un monto de \$17,3 mil millones que representó un crecimiento del 125,3%, seguida por la partida Transferencias para Gastos de Capital cuyo presupuesto pasó desde cero a \$913,96 millones, luego aparece el subtítulo 8 Otros Ingresos corrientes cuyo aumento neto fue de \$546,1 millones y, por último, el subtítulo 7 Ingresos de Operación cuyo presupuesto aumentó en \$195 millones en el período en estudio.

El siguiente cuadro presenta la evolución del presupuesto de ingresos del Hospital Padre Alberto Hurtado para el período comprendido entre los años 2002 y 2012.

Cuadro nº 137:
Hospital Padre Alberto Hurtado
Presupuesto de Ingresos años 2002 – 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Subt. 5 Transf Corrientes	13.813.957	15.028.085	16.395.020	18.486.022	19.319.819	18.994.561
0502007 APS	0	0	0	0	0	0
0502008 PPV	77.159	537.374	1.396.141	6.352.621	6.169.652	6.918.911
0502009 PPI	13.698.569	14.439.223	14.918.649	12.083.982	13.108.290	12.015.572
0502010 SUBSEC. SALUD PUBL.	38.229	51.488	80.230	49.419	41.877	60.078
0502013 SUBSEC. REDES ASIST	0	0	0	0	0	0
0502022 F.U. PREST. FAM. Y S.C.	0	0	0	0	0	0
Subt. 6 Rentas de la Propied.	0	0	0	14.074	13.149	5.019
Subt. 7 Ingresos de Operación	379.517	506.911	445.572	362.205	506.770	282.896
Subt. 8 Otros Ing. Corrientes	238.730	345.852	300.538	391.309	530.304	600.741
Subt. 10 Vta. Activos No Financ.	0	0	0	0	0	0
Subt. 11 Vta. Activos Financ.	0	0	0	0	0	0
Subt. 12 Recuperación Pptmos.	21.736	48.728	52.576	101.837	55.679	54.414
Subt. 13 Transf. Para Gastos Capital	0	0	0	15.909	24.858	355.423
Subt. 15 Saldo Inicial de Caja	0	1.354	1.322	1.268	776.929	1.501.518
Total	14.453.940	15.930.929	17.195.028	19.372.623	21.227.508	21.794.573

Continuación Cuadro nº 137:

Subtítulo	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 5 Transf Corrientes	21.233.223	27.220.957	31.272.616	29.537.761	31.123.987
0502007 APS	73.915	167.430	119.182	0	0
0502008 PPV	6.787.592	7.543.442	8.129.580	5.820.322	11.913.976
0502009 PPI	14.283.206	19.401.133	22.888.242	23.453.346	18.996.247
0502010 SUBSEC. SALUD PUBL.	27.156	77.655	114.530	235.250	183.314
0502013 SUBSEC. REDES ASIST	61.354	31.296	21.083	28.843	30.450
0502022 F.U. PREST. FAM. Y S.C.	0	0	0	0	0
Subt. 6 Rentas de la Propied.	10.648	13.906	13.707	12.529	14.752
Subt. 7 Ingresos de Operación	460.144	426.683	865.585	399.442	574.763
Subt. 8 Otros Ing. Corrientes	509.880	558.525	577.672	282.568	784.753
Subt. 10 Vta. Activos No Financ.	10.979	0	0	0	0
Subt. 11 Vta. Activos Financ.	0	0	0	0	0
Subt. 12 Recuperación Pptmos.	148.337	18.855	28.907	38.077	43.699
Subt. 13 Transf. Para Gastos Capital	1.060.422	92.773	9.310	130.967	913.963
Subt. 15 Saldo Inicial de Caja	361.650	763.211	0	507.229	37.152
Total	23.795.282	29.094.910	32.767.797	30.908.573	33.493.069

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

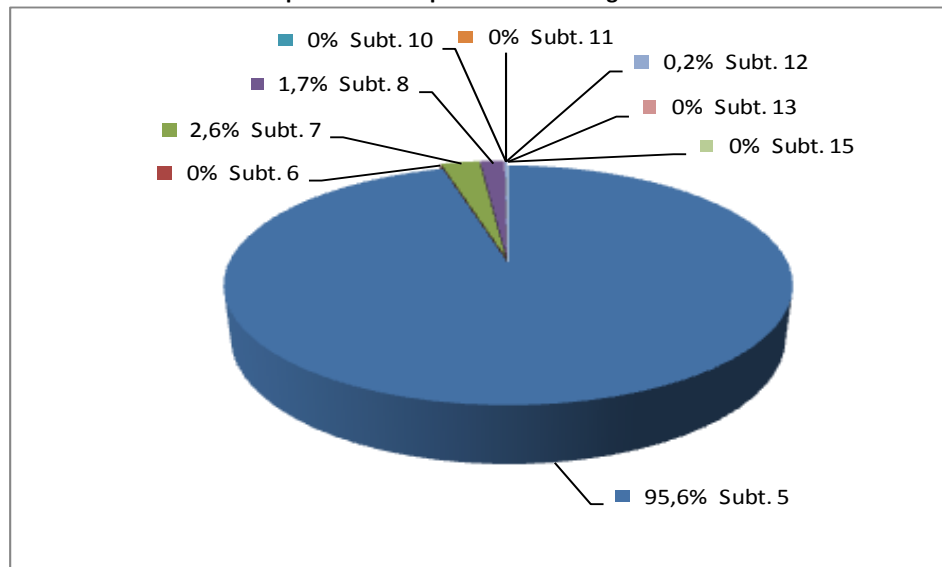
En relación a la **composición del presupuesto** de ingresos, éste evidencia una alta concentración la que ha mostrado escasa variación en el período en estudio. En efecto, en el año 2002 el subtítulo Transferencias Corrientes explicaba el 95,6% del presupuesto total de ingresos, en tanto que para el año 2012 dicho subtítulo explicó el 92,9%. El subtítulo Transferencias para Gastos de Capital aumentó su participación relativa dentro del total de ingresos presupuestados desde un 0% al 2,7% entre los años 2002 y 2012. El subtítulo Otros Ingresos Corrientes mejoró su participación desde el 1,7% al 2,3% en el período. Por su parte, el subtítulo Ingresos de Operación bajó su participación relativa desde un 2,6% al 1,7% en igual período de análisis.

Cuadro nº 138:
Hospital Padre Alberto Hurtado
Composición del Presupuesto de Ingresos años 2002 - 2012

Subtítulo	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 5 Transf Corrientes	95,6%	94,3%	95,3%	95,4%	91,0%	87,2%	89,2%	93,6%	95,4%	95,6%	92,9%
0502007 APS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,6%	0,4%	0,0%	0,0%
0502008 PPV	0,5%	3,4%	8,1%	32,8%	29,1%	31,7%	28,5%	25,9%	24,8%	18,8%	35,6%
0502009 PPI	94,8%	90,6%	86,8%	62,4%	61,8%	55,1%	60,0%	66,7%	69,8%	75,9%	56,7%
0502010 SUBSEC. SALUD PUBL.	0,3%	0,3%	0,5%	0,3%	0,2%	0,3%	0,1%	0,3%	0,3%	0,8%	0,5%
0502013 SUBSEC. REDES ASIST	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
0502022 F.U. PREST. FAM. Y S.C.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 6 Rentas de la Propied.	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 7 Ingresos de Operación	2,6%	3,2%	2,6%	1,9%	2,4%	1,3%	1,9%	1,5%	2,6%	1,3%	1,7%
Subt. 8 Otros Ing. Corrientes	1,7%	2,2%	1,7%	2,0%	2,5%	2,8%	2,1%	1,9%	1,8%	0,9%	2,3%
Subt. 10 Vta. Activos No Financ.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 11 Vta. Activos Financ.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 12 Recuperación Pptmos.	0,2%	0,3%	0,3%	0,5%	0,3%	0,2%	0,6%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Subt. 13 Transf. Para Gastos Capital	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	1,6%	4,5%	0,3%	0,0%	0,4%	2,7%
Subt. 15 Saldo Inicial de Caja	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%	6,9%	1,5%	2,6%	0,0%	1,6%	0,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

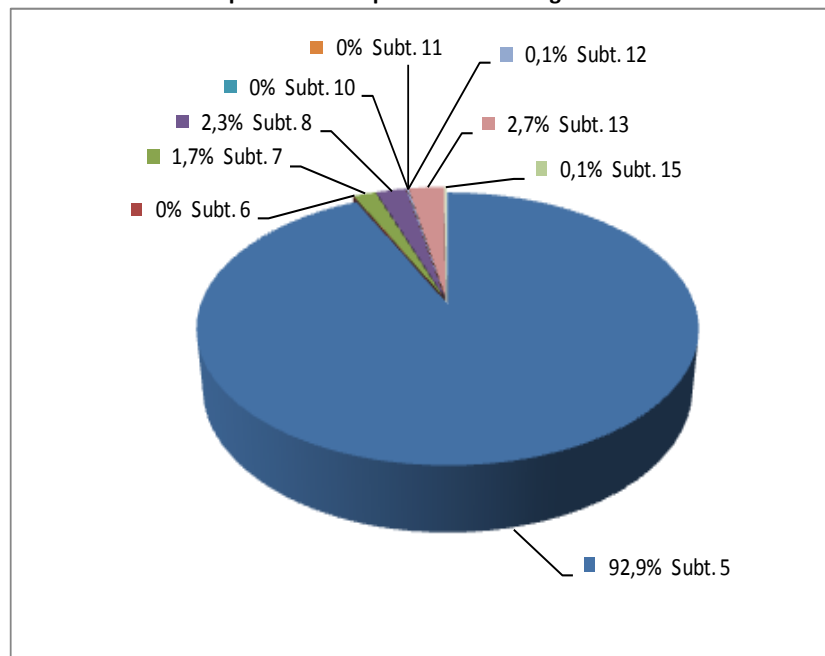
Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

Gráfico 74:
Hospital Padre Alberto Hurtado
Composición Presupuesto Final de Ingresos 2002



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

Gráfico 75:
Hospital Padre Alberto Hurtado
Composición Presupuesto Final de Ingresos 2012



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos

- **Presupuesto de Gastos**

El Hospital Padre Alberto Hurtado **aumentó su presupuesto** de gastos desde \$14,5 a \$33,5 mil millones entre los años 2002 y 2012 (en moneda de diciembre de 2012), lo que representó un incremento real de 131,7%.

Las partidas de Gastos que más se incrementaron en el período fueron Gastos en Personal que aumentó su presupuesto de gastos en \$11,9 mil millones con un incremento del 133,6%; Bienes y Servicios de Consumo con un aumento neto de \$6,7 mil millones que equivale a un 139,3% de crecimiento; el subtítulo Iniciativas de Inversión pasó de un presupuesto de \$0 en el año 2002 a un presupuesto de \$699,5 millones en el año 2012; y el subtítulo Adquisición de Activos no Financieros registró un aumento neto de \$219. Por su parte, la partida Servicio de la Deuda presentó decrecimiento de \$538 millones en el período.

El siguiente cuadro muestra la evolución del presupuesto de gastos del Hospital Padre Alberto Hurtado para el período comprendido entre los años 2002 al 2012.

Cuadro nº 139:
Hospital Padre Alberto Hurtado
Presupuesto de Gastos años 2002 - 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Subt. 21 Gastos en Personal	8.907.870	9.581.241	10.113.598	11.508.770	12.464.113	12.534.522
Subt. 22 Bienes y Servicios de Consumo	4.852.498	6.085.445	7.012.216	7.517.476	7.991.638	8.389.360
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	0	0	0	0	0	0
Subt. 24 Transferencias Corrientes	0	0	0	0	0	0
2401395 Pueblos Indígenas	0	0	0	0	0	0
2401461 Salud Mental	0	0	0	0	0	0
2403298 APS	0	0	0	0	0	0
2403396 Campaña de Invierno	0	0	0	0	0	0
Resto	0	0	0	0	0	0
Subt. 25 Integros al Fisco	0	0	0	0	0	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0	0	0	0	0	0
Subt. 29 Adquisición Activos No Financ.	155.613	14.350	53.677	207.253	764.859	592.501
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	0	0	0	15.909	0	277.037
Subt. 34 Servicio de la Deuda	537.959	248.538	0	120.500	3.640	0
Subt. 35 Saldo Final de Caja	0	1.354	15.537	2.715	3.258	1.153
Total	14.453.940	15.930.929	17.195.028	19.372.623	21.227.508	21.794.573

Continuación Cuadro nº 139:

Subtítulo	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 21 Gastos en Personal	14.050.015	17.246.815	19.002.058	18.970.024	20.804.671
Subt. 22 Bienes y Servicios de Consumo	8.244.730	10.881.736	12.487.476	11.275.736	11.613.107
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	8.619	43.502	190.847	0	0
Subt. 24 Transferencias Corrientes	0	0	0	0	0
2401395 Pueblos Indígenas	0	0	0	0	0
2401461 Salud Mental	0	0	0	0	0
2403298 APS	0	0	0	0	0
2403396 Campaña de Invierno	0	0	0	0	0
Resto	0	0	0	0	0
Subt. 25 Integros al Fisco	0	0	0	0	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	5.972	0	0	0	0
Subt. 29 Adquisición Activos No Financ.	424.448	159.640	148.028	155.580	374.828
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	1.060.422	0	0	0	699.463
Subt. 34 Servicio de la Deuda	0	762.125	938.328	506.219	0
Subt. 35 Saldo Final de Caja	1.076	1.091	1.060	1.015	1.000
Total	23.795.282	29.094.910	32.767.797	30.908.573	33.493.069

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

La evolución del presupuesto de gastos que evidencia el establecimiento se explica por las mismas razones expuestas anteriormente para el Servicio de Salud metropolitano Sur Oriente.

El aumento en torno al 133% del gasto en el subtítulo 21 entre los años 2002 y 2012 se explica, por una parte, por el aumento en la dotación de personal que registró el Hospital. En efecto, entre los años 2003 y 2012 la dotación de horas del establecimiento tuvo un crecimiento del 27,5%. Por otra parte, también explica el aumento del presupuesto de gasto real del subtítulo 21 los incrementos reales de remuneraciones del sector público. Como se mencionó anteriormente, entre los años 2000 y 2012 el inflator del subtítulo 21 (gastos en personal) registró un aumento agregado de 85,9%, en tanto que el IPC para igual periodo mostró un incremento de 50,9%.

El aumento de 139,3% del presupuesto de gastos del subtítulo 22 del Hospital entre los años 2002 y 2012, y tal como se mencionó para el caso del Servicio de Salud, se explicaría por la conjugación de los fenómenos: Aumento en los niveles de producción agregada del servicio; la mayor complejidad de las prestaciones de salud producidas, por un incremento real de precios de insumos y medicamentos y Ley Auge.

En relación al aumento de producción, salvo el caso de partos y cirugías menores (tegumentos), prácticamente todas las prestaciones evidenciaron un crecimiento entre los años 2000 y el 2012: controles y consultas crecieron en 38,9%, egresos en 15,5%, intervenciones quirúrgicas en 73,6%, exámenes de laboratorio en 180% e imagenología en 80,6%.

A su vez, las prestaciones de salud tendieron a complejizarse durante el período analizado. En efecto, el incremento de intervenciones quirúrgicas se explica exclusivamente por el aumento de las cirugías mayores. Adicionalmente, las prestaciones de salud intensificaron el uso de servicios de apoyo diagnóstico, así la relación de exámenes de laboratorio por controles y consultas subió de 1,7 en el año 2000 a 3,4 en el año 2012, en tanto que la relación de exámenes de imagenología por controles y consultas se elevó de 0,46 a 0,60 entre los mismos años.

En relación con el aumento de precios de insumos y medicamentos y al igual que lo señalado anteriormente, no existen estadísticas oficiales del comportamiento de estos precios a nivel de los establecimientos de los Servicios de Salud, sin embargo, algunas estimaciones realizadas por directivos de servicios de salud han estimado que el índice de precios de medicamentos e insumos más que duplica el comportamiento del IPC general que publica el INE. En efecto, en la ponencia realizada por el señor Rafael Urriola en el XXI Seminario Regional de Política Fiscal desarrollado en la sede de la CEPAL los días 26 al 29 de enero de 2009, se indica que para el período comprendido entre los años 1999 al 2006, mientras el IPC general creció en alrededor de un 25%, el IPC de salud lo hizo en torno al 40% y el precio de los medicamentos creció en alrededor del 70%⁶⁵.

En relación a la **composición del presupuesto de gastos** del Hospital Padre Alberto Hurtado, éste muestra una relativa estabilidad en el período en estudio. En el año 2002 el Subtítulo 21 Gastos en Personal explicaba el 61,6% del presupuesto de gastos, en tanto que para el año 2012 su participación se elevó al 62,1%. Por su parte, el Subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo subió su participación desde un 33,6% en el año 2002 a un 34,7% en el año 2012. El subtítulo 31 Iniciativas de Inversión mejoró su participación desde el 0% en el año 2002, al 2,1% en el año 2012. El subtítulo 34 Servicio de la Deuda redujo su participación en el presupuesto de gastos desde el 3,7% al 0% entre los años 2002 y 2012, respectivamente.

El siguiente cuadro muestra la composición del presupuesto de gastos para el Hospital Padre Alberto Hurtado para el período comprendido entre los años 2002 y 2012.

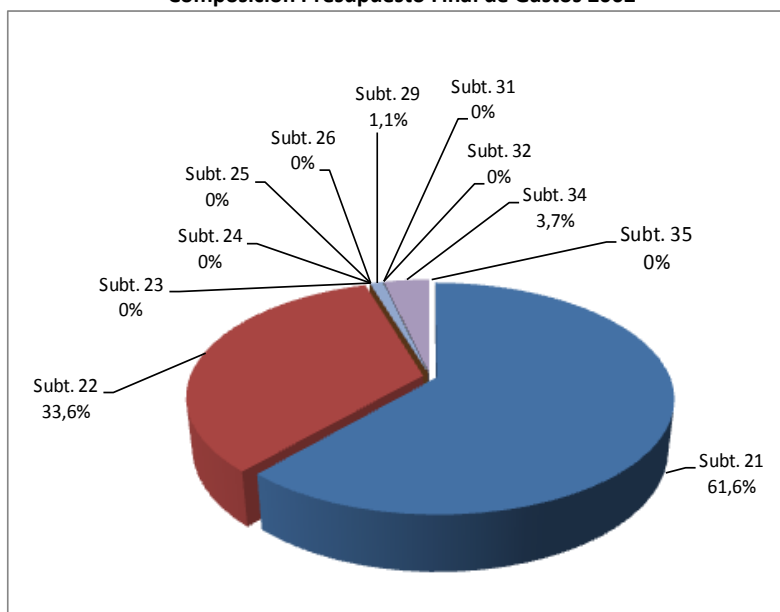
⁶⁵ Rafael Urriola, XXI Seminario Regional de Política Fiscal – Cepal, 26 al 29 de enero de 2009, Santiago.
<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getprod.asp?xml=/ilpes/noticias/paginas/5/35065/P35065.xml&xsl=/ilpes/tpl/p18f.xsl&base=/ilpes/tpl/top-bottom.xsl>

Cuadro nº 140:
Hospital Padre Alberto Hurtado
Composición Presupuesto de Gastos años 2002 – 2012

Subtítulo	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 21 Gastos en Personal	61,6%	60,1%	58,8%	59,4%	58,7%	57,5%	59,0%	59,3%	58,0%	61,4%	62,1%
Subt. 22 Bienes y Servicios de Consumo	33,6%	38,2%	40,8%	38,8%	37,6%	38,5%	34,6%	37,4%	38,1%	36,5%	34,7%
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,6%	0,0%	0,0%
Subt. 24 Transferencias Corrientes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2401395 Pueblos Indígenas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2401461 Salud Mental	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2403298 APS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2403396 Campaña de Invierno	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Resto	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 25 Integros al Fisco	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 29 Adquisición Activos No Financ.	1,1%	0,1%	0,3%	1,1%	3,6%	2,7%	1,8%	0,5%	0,5%	0,5%	1,1%
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	1,3%	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%
Subt. 34 Servicio de la Deuda	3,7%	1,6%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	2,9%	1,6%	0,0%
Subt. 35 Saldo Final de Caja	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

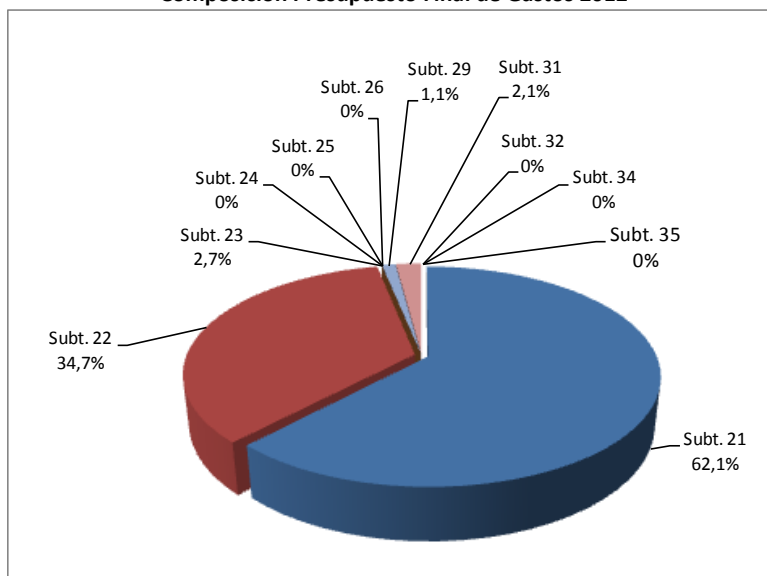
Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

Gráfico 76
Hospital Padre Alberto Hurtado
Composición Presupuesto Final de Gastos 2002



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

Gráfico 77
Hospital Padre Alberto Hurtado
Composición Presupuesto Final de Gastos 2012



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

iii) Ejecución de Ingresos y Gastos Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

• Ejecución de Ingresos

Los ingresos percibidos por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente se incrementaron desde \$61,8 mil millones en el año 2000 hasta alcanzar \$211,2 mil millones en el año 2012 (en moneda de diciembre de 2012), lo que equivalió a un incremento de 241,6% en el período.

La partida Transferencias Corrientes fue la que evidenció el mayor incremento absoluto con \$125,8 mil millones entre los referidos años. El subtítulo 13 Transferencias para Gastos de Capital presenta el segundo mayor incremento absoluto con \$20,9 mil millones.

Cuadro nº 141:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Ejecución de Ingresos Percibidos año 2000 al 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Subt. 5 Transferencias Corrientes	58.066.157	66.120.720	58.164.985	62.693.617	70.761.524	79.991.181	96.657.154
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	5.726	101.927	0	0	0	58.752	78.089
Subt. 7 Ingresos de Operación	2.331.645	2.417.180	2.289.203	2.277.590	2.351.295	2.363.432	2.019.011
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	525.234	1.798.913	1.042.356	718.106	832.681	1.023.446	835.522
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	3.008	0	0	4.145	264.326	272.857	0
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 12 Recuperación Prestamos	202.112	413.279	134.157	183.956	200.625	320.305	144.046
Subt. 13 Transf. Para Gastos de Capital	673.671	0	111.821	67.098	49.779	1.247.512	3.075.303
Ingresos Percibidos	61.807.553	70.852.019	61.742.523	65.944.510	74.460.231	85.277.486	102.809.125

Continuación Cuadro nº 141:

Subtítulo	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 5 Transferencias Corrientes	109.133.162	121.844.332	155.883.558	167.238.604	173.746.260	183.870.012
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	63.622	85.173	69.072	77.335	76.645	98.396
Subt. 7 Ingresos de Operación	2.091.506	2.083.761	2.227.148	2.031.023	2.181.664	2.442.957
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	761.584	672.519	2.811.036	1.943.079	2.021.077	2.863.723
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	0	0	0	0	0	0
Subt. 11 Venta Activos Financieros	35.356	0	0	0	0	0
Subt. 12 Recuperación Prestamos	96.921	126.943	112.387	130.441	92.100	335.169
Subt. 13 Transf. Para Gastos de Capital	779.527	1.772.261	1.631.652	1.964.317	29.377.820	21.550.589
Ingresos Percibidos	112.961.678	126.584.989	162.734.854	173.384.799	207.495.566	211.160.845

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

La **composición de los ingresos percibidos** se muestra relativamente estable en el período en estudio, evidenciando una alta concentración en el subtítulo Transferencias Corrientes cuya participación fluctúa entre el 93,3% y el 96,6% de los ingresos percibidos totales. La participación de esta partida baja en los años 2011 y 2012 lo que se debe al fuerte aporte de recursos que recibió el Servicio para acometer procesos de inversión en infraestructura y equipamiento, pero que por su naturaleza no constituyen aportes permanentes.

Cuadro nº 142:

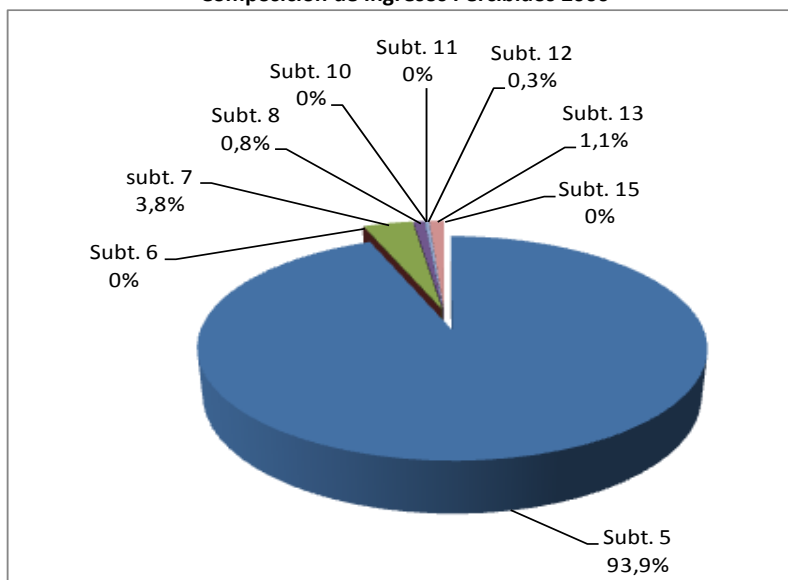
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Composición de la ejecución de Ingresos Percibidos año 2000 al 2012

Subtítulo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 5 Transferencias Corrientes	93,9%	93,3%	94,2%	95,1%	95,0%	93,8%	94,0%	96,6%	96,3%	95,8%	96,5%	83,7%	87,1%
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 7 Ingresos de Operación	3,8%	3,4%	3,7%	3,5%	3,2%	2,8%	2,0%	1,9%	1,6%	1,4%	1,2%	1,1%	1,2%
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	0,8%	2,5%	1,7%	1,1%	1,1%	1,2%	0,8%	0,7%	0,5%	1,7%	1,1%	1,0%	1,4%
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 12 Recuperación Prestamos	0,3%	0,6%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%
Subt. 13 Transf. Para Gastos de Capital	1,1%	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%	1,5%	3,0%	0,7%	1,4%	1,0%	1,1%	14,2%	10,2%
Ingresos Percibidos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

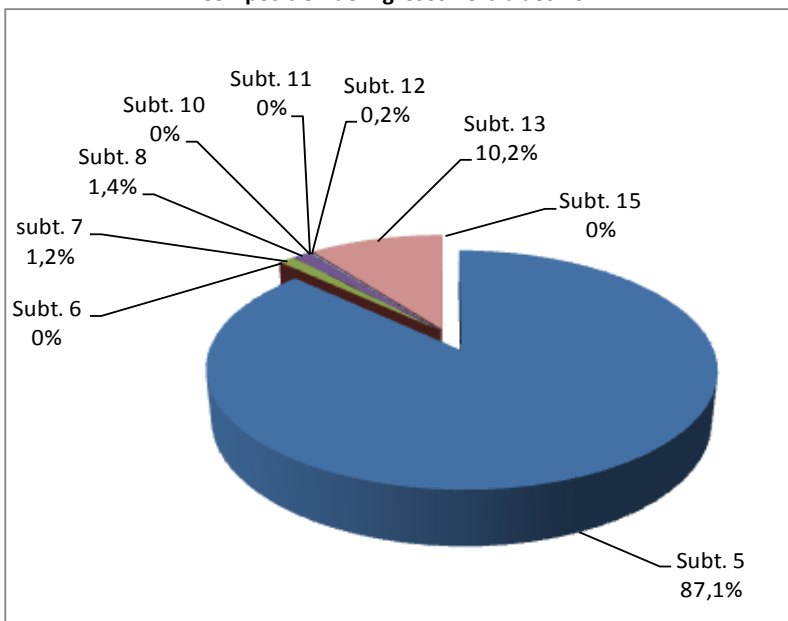
Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

Gráfico 78:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Composición de Ingresos Percibidos 2000



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

Gráfico 79:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Composición de Ingresos Percibidos 2012



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos

En términos del **grado de cumplimiento de lo presupuestado**, la ejecución de los ingresos evidenció una mejoría entre los años 2000 y 2012. En efecto, los ingresos percibidos totales llegaron al 98,9% de lo presupuestado en el año 2000 (\$61,8 mil millones versus \$62,5 mil millones, respectivamente), en tanto que para el año 2012 los ingresos percibidos se situaron en

un 99,9% respecto del marco presupuestario de ingresos definido (\$211,16 mil millones de ingresos percibidos, respecto a \$211,34 mil millones de ingresos presupuestados).

Para el año 2012, el mayor monto de sub ejecución se observó en el subtítulo 5 Transferencia Corrientes con un monto de \$292,9 millones que significó un 0,2% de sub ejecución respecto al presupuesto. Le sigue el subtítulo 12 Recuperación de Préstamos y el subtítulo 13 Transferencias para Gastos de Capital, cuyos montos de sub ejecución fueron \$22,4 para el primero y \$65,0 millones para el segundo, lo que implicó un porcentaje de sub ejecución del 6,3% y del 0,3%, respectivamente.

Por su parte, los subtítulos 8 Otros Ingresos Corriente y subtítulo 7 Ingresos de Operación, muestran sobre ejecución, esto es, que los ingresos percibidos se situaron por sobre lo presupuestado para el año 2012. En efecto, en dichos subtítulos la sobre ejecución alcanzó a \$157,8 y \$75,3 millones, que corresponden a una sobre ejecución del 5,8% y del 3,2%, respectivamente.

Cuadro nº 143:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Ejecución de Ingresos Percibidos años 2000 y 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2000				2012			
	Presupuesto	Ingresos	%	Monto	Presupuesto	Ingresos	%	Monto
	Ingresos	Percibidos	Ejecución	Subejecución	Ingresos	Percibidos	Ejecución	Subejecución
Subt. 5 Transferencias Corrientes	57.552.500	58.066.157	100,9%	-513.657	184.162.903	183.870.012	99,8%	292.891
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	0	5.726	0,0%	-5.726	128.838	98.396	0,0%	30.442
Subt. 7 Ingresos de Operación	2.829.106	2.331.645	82,4%	497.460	2.367.627	2.442.957	103,2%	-75.330
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	10.973	525.234	4786,4%	-514.261	2.705.886	2.863.723	105,8%	-157.837
Subt. 10 Venta Activos No Financ.	0	3.008	-	-3.008	0	0	0,0%	0
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%	0
Subt. 12 Recuperación Préstamos	494.238	202.112	40,9%	292.125	357.537	335.169	93,7%	22.368
Subt. 13 Transf. Para Gastos Capital	673.671	673.671	100,0%	0	21.615.624	21.550.589	99,7%	65.035
Subt. 15 Saldo Inicial de Caja	957.594	0	0,0%	957.594	0	0	0,0%	0
Total	62.518.080	61.807.553	98,9%	710.527	211.338.415	211.160.845	99,9%	177.570

Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

- **Ejecución de Gastos**

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente **augmentó su nivel de gasto devengado** desde un total de \$62,3 mil millones en el año 2000 a \$205,98 mil millones en el año 2012 (en moneda de diciembre de 2012), lo que representó un crecimiento de 230,4% para el período.

El subtítulo 24 Transferencias Corrientes es el que evidencia el mayor incremento absoluto con un monto de \$48,6 mil millones, lo que representa un aumento del 307,6% entre los años 2000 al 2012; le sigue en magnitud del incremento absoluto en los gastos en el período el Subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo con un monto de \$42,8 mil millones que equivale a un 410,9% de crecimiento. En tercer lugar sigue el subtítulo 21 Gastos en Personal con un monto de incremento de \$34,4 mil millones que representó un aumento del 103,7%. Los subtítulos 29 y 31 también registraron aumentos importantes en el nivel de gasto durante el período cuyos montos son \$1,7 y \$17,8 mil millones, respectivamente.

Por su parte, el subtítulo 23 Prestaciones de Seguridad Social es la única partida que registró una reducción en el período, la que alcanzó a \$2,1 mil millones.

Cuadro nº 144:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Ejecución de Gastos años 2000 al 2012
(En moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Subt. 21 Gastos en Personal	33.121.167	35.123.158	27.098.140	26.411.566	28.930.289	30.715.091	34.543.795
Subt. 22 Bienes y Serv. Consumo	10.410.701	14.111.063	11.577.511	12.705.386	15.280.167	16.782.659	25.439.123
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	2.046.059	2.304.249	1.944.233	2.119.940	2.159.101	2.500.002	3.092.713
Subt. 24 Transferencias Corrientes	15.802.679	19.224.451	21.786.965	24.242.618	27.042.095	29.996.094	34.921.516
Subt. 25 Integros al Fisco	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 29 Adq. Activos No Financ.	426.920	622.725	0	0	0	548.301	1.708.180
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	0	0	700.910	459.435	1.271.004	793.597	2.975.582
Subt. 32 Préstamos	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 34 Servicio de la Deuda	533.125	2.154.719	2.268.182	4.009.325	3.334.583	3.092.820	537.482
Total Gastos Devengados	62.340.651	73.540.365	65.375.941	69.948.270	78.017.240	84.428.563	103.218.391

Continuación Cuadro nº 144:

Subtítulo	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 21 Gastos en Personal	38.225.447	42.301.582	55.519.780	60.437.030	61.218.693	67.456.849
Subt. 22 Bienes y Serv. Consumo	32.478.728	40.811.259	49.390.960	47.785.492	54.184.167	53.188.956
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	3.170.109	3.224.636	6.494.548	1.967.480	528.517	0
Subt. 24 Transferencias Corrientes	38.270.207	41.216.943	49.390.092	54.035.571	58.268.002	64.417.289
Subt. 25 Integros al Fisco	0	0	0	0	0	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0	0	0	99.728	0	93.462
Subt. 29 Adq. Activos No Financ.	2.524.176	1.994.531	4.165.446	1.130.460	28.833.056	2.082.481
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	18.151	1.758.225	1.149.664	1.963.204	2.649.048	17.792.203
Subt. 32 Préstamos	0	0	0	0	0	0
Subt. 34 Servicio de la Deuda	0	902.342	5.644.176	8.106.920	2.917.263	947.857
Total Gastos Devengados	114.686.818	132.209.518	171.754.666	175.525.884	208.598.746	205.979.098

Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

La **composición de los gastos devengados** en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente evidenció cambios significativos en el período analizado.

En efecto, los subtítulos 22, 24 y 31 incrementaron su participación dentro del total de gastos devengados desde un 16,7% al 25,8%; desde un 25,3% al 31,3% y desde un 0 a un 8,6% entre los años 2000 y 2012, respectivamente.

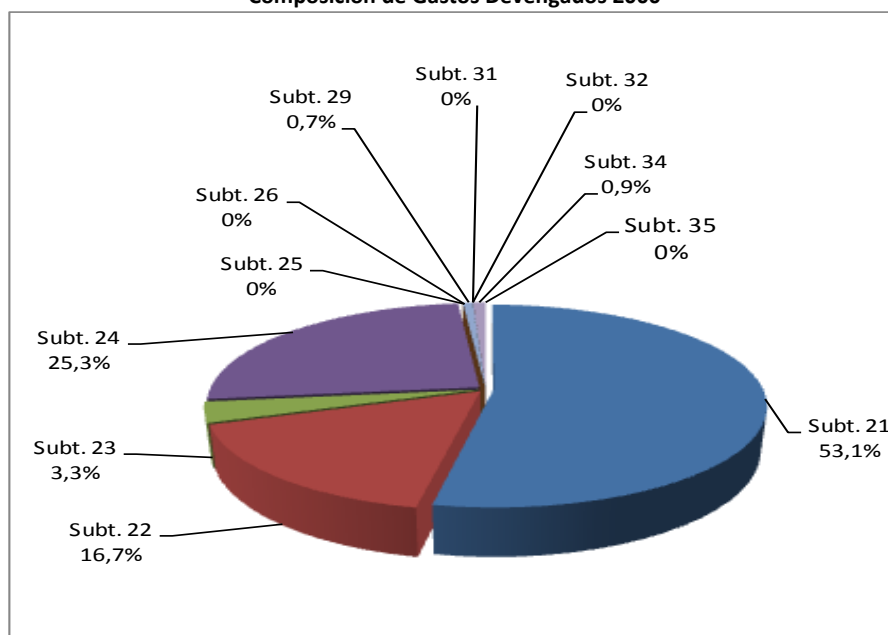
Por su parte, el subtítulo 21 Gastos en Personal disminuyó su importancia relativa desde un 53,1% en el año 2000 a un 32,7% en el año 2012. El Subtítulo 23 redujo su participación desde el 3,3% al 0% en el período analizado, así también el subtítulo 34 Servicio de la Deuda vio disminuida su participación desde el 0,9% al 0,5%.

Cuadro nº 145:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Composición de Gastos Devengados año 2000 al 2012

Subtítulo	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 21 Gastos en Personal	53,1%	47,8%	41,4%	37,8%	37,1%	36,4%	33,5%	33,3%	32,0%	32,3%	34,4%	29,3%	32,7%
Subt. 22 Bs. y Serv.de Consumo	16,7%	19,2%	17,7%	18,2%	19,6%	19,9%	24,6%	28,3%	30,9%	28,8%	27,2%	26,0%	25,8%
Subt. 23 Prest.de Seg. Social	3,3%	3,1%	3,0%	3,0%	2,8%	3,0%	3,0%	2,8%	2,4%	3,8%	1,1%	0,3%	0,0%
Subt. 24 Transf.Corrientes	25,3%	26,1%	33,3%	34,7%	34,7%	35,5%	33,8%	33,4%	31,2%	28,8%	30,8%	27,9%	31,3%
Subt. 25 Integros al Fisco	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Subt. 29 Adq.Activos No Financ.	0,7%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	1,7%	2,2%	1,5%	2,4%	0,6%	13,8%	1,0%
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	0,0%	0,0%	1,1%	0,7%	1,6%	0,9%	2,9%	0,0%	1,3%	0,7%	1,1%	1,3%	8,6%
Subt. 32 Préstamos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 34 Servicio de la Deuda	0,9%	2,9%	3,5%	5,7%	4,3%	3,7%	0,5%	0,0%	0,7%	3,3%	4,6%	1,4%	0,5%
Total Gastos Devengados	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

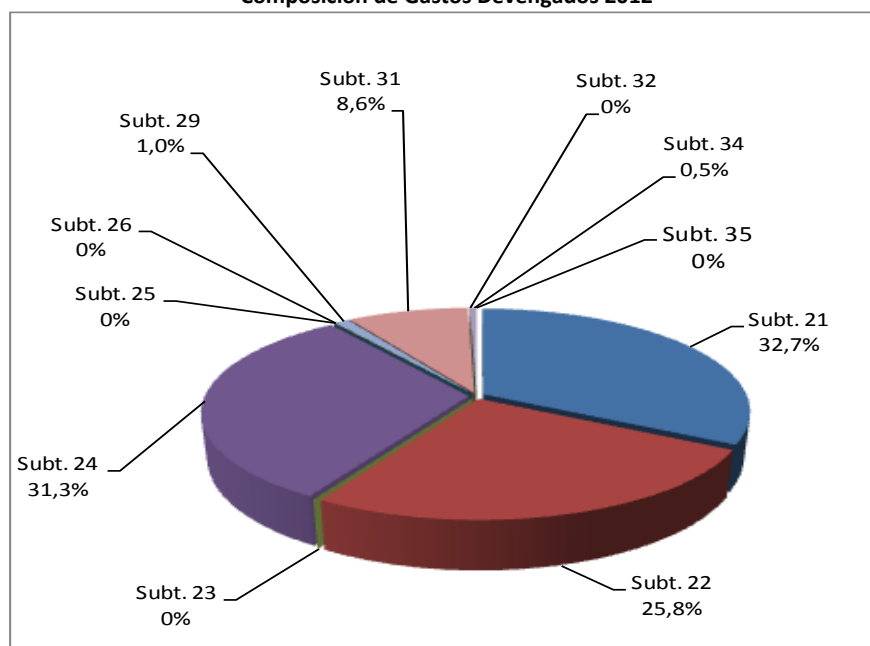
Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

Gráfico 80:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Composición de Gastos Devengados 2000



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

Gráfico 81:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Composición de Gastos Devengados 2012



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

En términos del **grado de cumplimiento de lo presupuestado**, el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente pasó desde una situación de leve sobre ejecución de los gastos en el año 2000 a una de sub ejecución de gastos en el año 2012.

En efecto, en el año 2000 los gastos devengados superaron a los gastos presupuestados por un monto de \$497 millones que representaron un 0,8% de sobre ejecución. Los subtítulos 21 Gastos en Personal, 23 Prestaciones de Seguridad Social, 24 Transferencias Corriente y 29 Adquisición de Activos no Financieros, registraron una sobre ejecución en el período. El mayor nivel de sobre ejecución se observa en el subtítulo 21 con un monto de \$1,97 mil millones que representa un 6,3% de sobre ejecución. Le sigue en orden de magnitud la partida de Transferencias Corrientes con un monto de \$515 millones (3,4% de sobre ejecución), luego aparece el subtítulo 23 Prestaciones de Seguridad Social con un monto de \$374,7 millones (22,4% de sobre ejecución), para finalizar con el subtítulo 29 con un monto de \$219 millones de mayor gasto respecto a lo presupuestado (105,4% de sobre ejecución).

Por su parte, en el año 2012 los gastos devengados estuvieron por debajo de lo presupuestado en un monto global de \$5,4 mil millones, lo que representó una sub ejecución del presupuesto del 2,5%. La mayor sub ejecución se verificó en el subtítulo 31 con un monto absoluto de \$3,3 mil millones (25,8% de sub ejecución).

El siguiente cuadro muestra el presupuesto de gastos, los gastos devengados, el porcentaje de ejecución de los gastos y el monto de sub ejecución de los gastos del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente para los años 2000 y 2012 a nivel de subtítulo, en moneda de diciembre del año 2012.

Cuadro nº 146:
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Ejecución de Gastos Devengados año 2000 y 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2000				2012			
	Presupuesto Gastos	Gastos Devengados	% Ejecución	Monto Subejecución	Presupuesto Gastos	Gastos Devengados	% Ejecución	Monto Subejecución
Subt. 21 Gastos en Personal	31.150.033	33.121.167	106,3%	-1.971.134	68.640.942	67.456.849	98,3%	1.184.093
Subt. 22 Bienes y Serv. de Consumo	11.904.421	10.410.701	87,5%	1.493.721	54.220.373	53.188.956	98,1%	1.031.417
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	1.671.352	2.046.059	122,4%	-374.707	0	0	0,0%	0
Subt. 24 Transferencias Corrientes	15.287.423	15.802.679	103,4%	-515.256	64.743.934	64.417.289	99,5%	326.645
Subt. 25 Integros al Fisco	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0	0	0,0%	0	20.637	93.462	452,9%	-72.825
Subt. 29 Adq.Activos No Financ.	207.883	426.920	205,4%	-219.037	1.610.494	2.082.481	129,3%	-471.987
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	0	0	0,0%	0	21.123.280	17.792.203	84,2%	3.331.077
Subt. 32 Préstamos	0	0	0,0%	0	947.857	0	0,0%	0
Subt. 34 Servicio de la Deuda	626.534	533.125	85,1%	93.409	30.898	947.857	3067,7%	-916.959
Subt. 35 Saldo Final de Caja	996.763	0	0,0%	996.763	0	0	0,0%	0
Total	61.844.410	62.340.651	100,80%	-496.242	211.338.415	205.979.098	97,5%	5.359.317

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

iv) Ejecución de Ingresos y Gastos Hospital Padre Alberto Hurtado

• Ejecución de Ingresos Hospital Padre Alberto Hurtado

Los ingresos percibidos por el Hospital Padre Alberto Hurtado se incrementaron desde \$14,4 mil millones en el año 2002 hasta alcanzar \$33,2 mil millones en el año 2012 (en moneda de diciembre de 2012), lo que equivalió a un incremento de 130,3% en el período.

La partida Transferencias Corrientes fue la que evidenció el mayor incremento absoluto con \$17,2 mil millones entre los referidos años. El subtítulo 13 Transferencias para Gastos de Capital presenta el segundo mayor incremento absoluto con \$879 millones.

Cuadro nº 147:
Hospital Padre Alberto Hurtado
Ejecución de Ingresos Percibidos año 2002 al 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2002	2003	2004	2005	2006
Subt. 5 Transferencias Corrientes	13.814.653	14.976.570	16.385.397	18.525.715	19.346.745
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	0	0	0	13.147	14.853
Subt. 7 Ingresos de Operación	388.946	477.525	373.098	413.056	475.202
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	207.339	341.125	346.921	432.543	477.603
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	0	0	0	0	0
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0	0	0	0	0
Subt. 12 Recuperación Prestamos	12.895	63.937	52.658	105.080	55.679
Subt. 13 Transf.Para Gastos de Capital	0	0	0	16.308	0
Total	14.423.834	15.859.157	17.158.074	19.505.849	20.370.083

Continuación Cuadro nº 147:

Subtítulo	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 5 Transferencias Corrientes	19.001.873	21.215.868	27.278.302	31.581.814	29.500.312	31.031.877
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	10.709	10.235	7.547	5.059	8.725	10.697
Subt. 7 Ingresos de Operación	309.325	522.542	358.588	773.083	346.873	588.603
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	555.119	491.723	832.241	303.226	605.423	667.387
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	0	10.979	1.091	0	0	0
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0	0	0	0	0	0
Subt. 12 Recuperación Prestamos	54.431	44.696	11.206	19.296	38.423	33.590
Subt. 13 Transf. Para Gastos de Capital	355.423	820.677	0	0	0	878.974
Total	20.286.880	23.116.721	28.488.977	32.682.478	30.499.757	33.211.128

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

Al igual que lo analizado para el caso del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B., **la composición de los ingresos percibidos se muestra relativamente estable en el período en estudio**, evidenciando además una alta concentración en el subtítulo Transferencias Corrientes cuya participación fluctúa entre el 91,8% y el 96,6% de los ingresos percibidos totales (la participación de esta partida baja en los años 2007 y 2008 lo que se debe al fuerte aporte de recursos que recibió el Servicio para acometer procesos de inversión en infraestructura y equipamiento, pero que por su naturaleza no constituyen aportes permanentes).

Cuadro nº 148:

Hospital Padre Alberto Hurtado

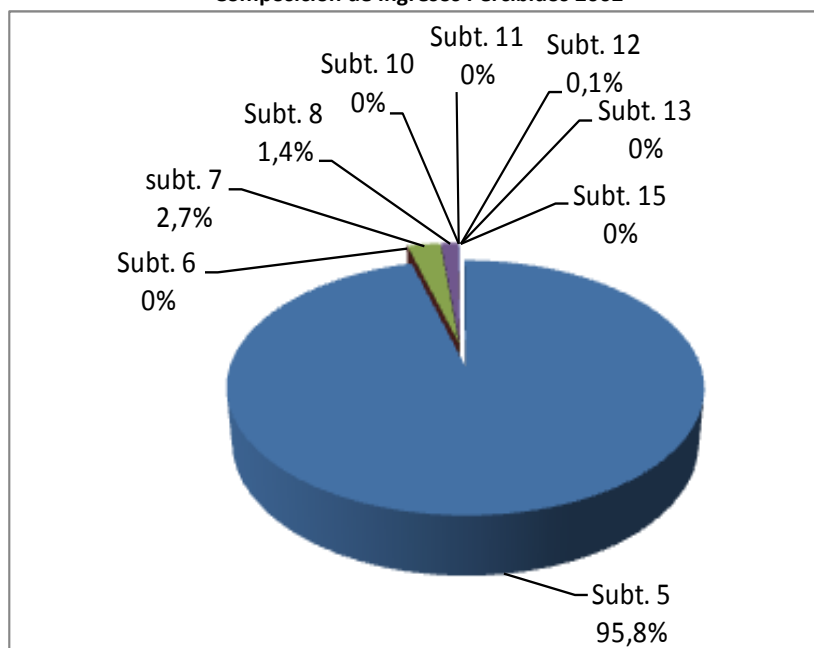
Composición de la Ejecución de Ingresos Percibidos año 2002 al 2012

Subtítulo	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 5 Transferencias Corrientes	95,8%	94,4%	95,5%	95,0%	95,0%	93,7%	91,8%	95,8%	96,6%	96,7%	93,4%
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 7 Ingresos de Operación	2,7%	3,0%	2,2%	2,1%	2,3%	1,5%	2,3%	1,3%	2,4%	1,1%	1,8%
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	1,4%	2,2%	2,0%	2,2%	2,3%	2,7%	2,1%	2,9%	0,9%	2,0%	2,0%
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 12 Recuperación Prestamos	0,1%	0,4%	0,3%	0,5%	0,3%	0,3%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
Subt. 13 Transf. Para Gastos de Capital	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	1,8%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

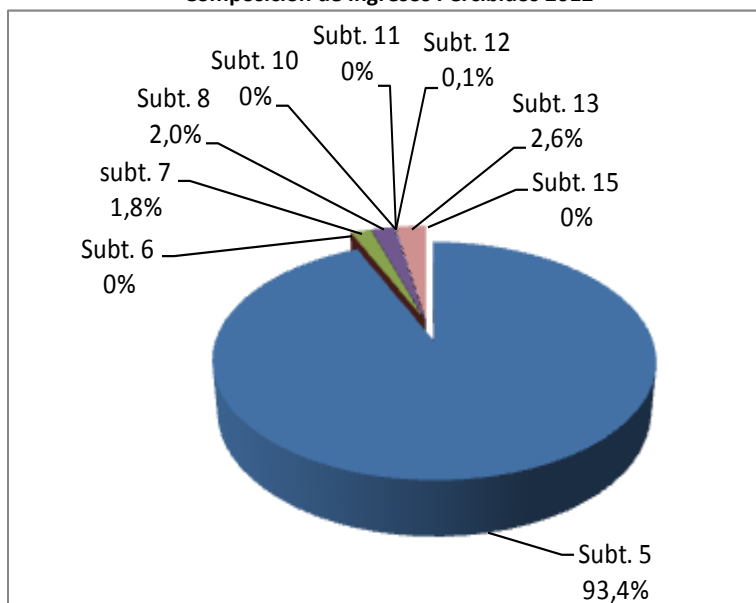
Los siguientes gráficos muestran la composición de los Ingresos percibidos para el Hospital Padre Alberto Hurtado para los años 2002 y 2012, respectivamente. En ellos es posible apreciar la fuerte concentración que presentan los ingresos.

Gráfico 82:
Hospital Padre Alberto Hurtado
Composición de Ingresos Percibidos 2002



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

Gráfico 83
Hospital Padre Alberto Hurtado
Composición de Ingresos Percibidos 2012



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos

En términos del **grado de cumplimiento de lo presupuestado**, la ejecución de los ingresos evidenció un leve retroceso entre los años 2002 y 2012. En efecto, los ingresos percibidos totales llegaron al 99,8% de lo presupuestado en el año 2002 (\$14,424 mil millones versus \$14,454 mil millones, respectivamente), en tanto que para el año 2012 los ingresos percibidos se situaron en un 99,2% respecto del marco presupuestario de ingresos (\$33,2 mil millones de ingresos percibidos, respecto a \$33,5 mil millones de ingresos presupuestados).

Para el año 2012, el mayor monto absoluto de sub ejecución se observó en el subtítulo 8 Otros Ingresos Corrientes con un monto de \$117,4 millones que significó un 15% de sub ejecución respecto al presupuesto. Le sigue el subtítulo 5 Transferencias Corrientes y el subtítulo 13 Transferencias para Gastos de Capital, cuyos montos de sub ejecución fueron \$92,1 para el primero y \$35,0 millones para el segundo, lo que implicó un porcentaje de sub ejecución de 0,3% y de 3,8%, respectivamente.

Por su parte, el subtítulo 7 Ingresos de Operación muestra sobre ejecución, esto es, que los ingresos percibidos se situaron por sobre lo presupuestado para el año 2012. En efecto, en dicho subtítulo la sobre ejecución alcanzó a \$13,8 millones, que corresponde a una sobre ejecución del 2,4%.

Cuadro nº 149:
Hospital Padre Alberto Hurtado
Ejecución de Ingresos Percibidos años 2002 y 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2002				2012			
	Presupuesto	Ingresos	%	Monto	Presupuesto	Ingresos	%	Monto
	Ingresos	Percibidos	Ejecución	Subejecución	Ingresos	Percibidos	Ejecución	Subejecución
Subt. 5 Transferencias Corrientes	13.813.957	13.814.653	100,0%	-696	31.123.987	31.031.877	99,7%	92.110
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	0	0	0,0%	0	14.752	10.697	72,5%	4.055
Subt. 7 Ingresos de Operación	379.517	388.946	102,5%	-9.429	574.763	588.603	102,4%	-13.840
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	238.730	207.339	86,9%	31.391	784.753	667.387	85,0%	117.366
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%	0
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%	0
Subt. 12 Recuperación Préstamos	21.736	12.895	59,3%	8.841	43.699	33.590	76,9%	10.109
Subt. 13 Transf. Para Gastos Capital	0	0	0,0%	0	913.963	878.974	96,2%	34.989
Subt. 15 Saldo Inicial de Caja	0	0	0,0%	0	37.152	0	0,0%	37.152
Total	14.453.940	14.423.834	99,8%	30.106	33.493.069	33.211.128	99,2%	281.941

Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

- Ejecución de Gastos Hospital Padre Alberto Hurtado:**

El Hospital Padre Alberto Hurtado **aumentó su nivel de gasto devengado** desde un total de \$14,2 mil millones a \$33,08 mil millones entre los años 2002 y 2012, respectivamente (en moneda de diciembre de 2012), lo que representó un crecimiento de 133,2% en el período.

El subtítulo 21 Gasto en Personal es el que evidencia el mayor incremento absoluto con un monto de \$11,6 mil millones, lo que representa un aumento del 138,6% entre los años 2002 y 2012; le sigue en magnitud del incremento absoluto en los gastos en el período el Subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo con un monto de \$7,2 mil millones que equivale a un 151% de crecimiento. En tercer lugar sigue el subtítulo 31 Iniciativas de Inversión con un monto de incremento de \$502

millones que representó un aumento del 254,3%. Por último, el subtítulo 29 también registró un aumento en el nivel de gasto durante el período pasando de \$0 a \$396 millones.

Por su parte, el subtítulo 34 Servicio de la Deuda es la única partida que registró una reducción en el período, la que alcanzó a \$831 millones.

Cuadro nº 150:
Hospital Padre Alberto Hurtado
Ejecución de Gastos años 2002 al 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Subt. 21 Gastos en Personal	8.356.112	9.301.480	10.383.200	11.806.642	12.356.531	12.544.943
Subt. 22 Bienes y Serv.de Consumo	4.800.634	6.240.688	6.555.439	6.550.502	6.926.805	8.117.853
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	0	0	0	0	0	0
Subt. 24 Transferencias Corrientes	0	0	0	0	0	0
Subt. 25 Integros al Fisco	0	0	0	0	0	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0	0	0	0	0	0
Subt. 29 Adq.Activos No Financ.	0	0	0	689.214	259.567	473.173
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	197.543	286.928	112.795	15.907	0	0
Subt. 32 Préstamos	0	0	0	0	0	0
Subt. 34 Servicio de la Deuda	831.338	248.540	14.216	121.942	3.641	0
Total Gastos Devengados	14.185.628	16.077.637	17.065.649	19.184.207	19.546.544	21.135.969

Continuación Cuadro nº 150:

Subtítulo	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 21 Gastos en Personal	13.930.664	17.116.486	18.723.008	18.763.319	19.938.800
Subt. 22 Bienes y Serv.de Consumo	8.779.911	12.012.853	12.226.030	11.570.747	12.049.194
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	8.671	41.858	185.017	0	0
Subt. 24 Transferencias Corrientes	0	0	0	0	0
Subt. 25 Integros al Fisco	0	0	0	0	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	5.920	16.426	0	0	0
Subt. 29 Adq.Activos No Financ.	327.767	269.848	185.249	279.039	396.044
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	610.426	336.233	0	0	699.914
Subt. 32 Préstamos	53.851	-54.604	0	0	0
Subt. 34 Servicio de la Deuda	0	762.125	1.090.570	506.219	0
Total Gastos Devengados	23.717.210	30.501.223	32.409.874	31.119.324	33.083.951

Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

La **composición de los gastos devengados** en el Hospital Padre Alberto Hurtado no evidencia cambios significativos en el período analizado.

En efecto, los subtítulos 21 y 22 incrementaron su participación dentro del total de gastos devengados desde un 58,9% al 60,3% y desde un 33,8% a un 36,4% entre los años 2002 y 2012, respectivamente.

Por su parte, el subtítulo 31 Iniciativas de Inversión elevó su importancia relativa desde un 1,4% en el año 2002 a un 2,1% en el año 2012 y el Subtítulo 29 Adquisición de Activos no Financieros incrementó su participación desde el 0% al 1,2% en el período analizado.

El subtítulo 34 Servicio de la Deuda fue el único que experimentó una reducción en su participación la que pasó de 5,9% en el año 2002 a 0% en el año 2012.

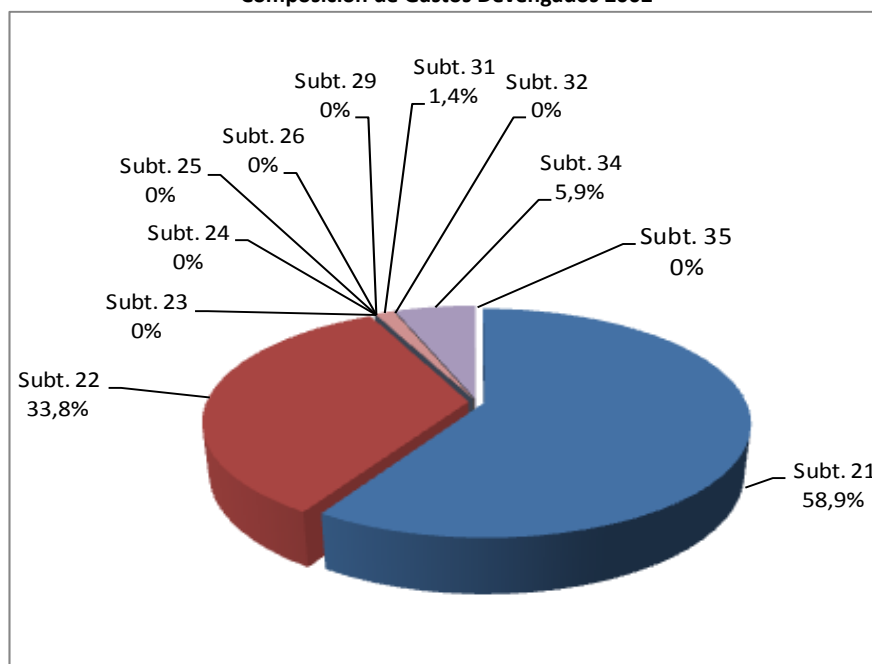
Cuadro nº 151:
Hospital Padre Alberto Hurtado
Composición de Gastos Devengados año 2002 al 2012

Subtítulo	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 21 Gastos en Personal	58,9%	57,9%	60,8%	61,5%	63,2%	59,4%	58,7%	56,1%	57,8%	60,3%	60,3%
Subt. 22 Bienes y Serv.de Consumo	33,8%	38,8%	38,4%	34,1%	35,4%	38,4%	37,0%	39,4%	37,7%	37,2%	36,4%
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,6%	0,0%	0,0%
Subt. 24 Transferencias Corrientes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 25 Integros al Fisco	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 29 Adq.Activos No Financ.	0,0%	0,0%	0,0%	3,6%	1,3%	2,2%	1,4%	0,9%	0,6%	0,9%	1,2%
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	1,4%	1,8%	0,7%	0,1%	0,0%	0,0%	2,6%	1,1%	0,0%	0,0%	2,1%
Subt. 32 Préstamos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	-0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 34 Servicio de la Deuda	5,9%	1,5%	0,1%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	3,4%	1,6%	0,0%
Total Gastos Devengados	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

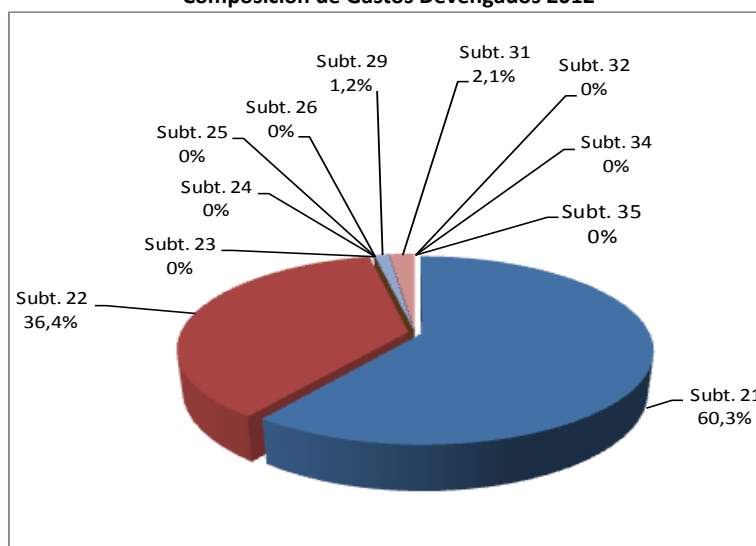
Los gráficos muestran la composición de los gastos devengados para el Hospital Padre Alberto Hurtado para los años 2002 y 2012, respectivamente.

Gráfico 84
Hospital Padre Alberto Hurtado
Composición de Gastos Devengados 2002



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

Gráfico 85:
Hospital Padre Alberto Hurtado
Composición de Gastos Devengados 2012



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos

En términos del **grado de cumplimiento de lo presupuestado**, el Hospital Padre Alberto Hurtado evidenció una leve mejoría en la ejecución de los gastos, pasando desde un 98,1% de ejecución en el año 2002 a un 98,8% en el año 2012. En el año 2012 la partida Gastos en Personal mostró una sub ejecución de 4,2% respecto del gasto presupuestado, en tanto que el subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo sobre ejecutó el presupuesto en un 3,8%.

El siguiente cuadro muestra el presupuesto de gastos, los gastos devengados, el porcentaje de ejecución de los gastos y el monto de sub ejecución de los gastos del Hospital Padre Alberto Hurtado para los años 2002 y 2012 a nivel de subtítulo, en moneda de diciembre del año 2012.

Cuadro nº 152:
Hospital Padre Alberto Hurtado
Ejecución de Gastos Devengados año 2002 y 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2002				2012			
	Presupuesto Gastos	Gastos Devengados	% Ejecución	Monto Subejecución	Presupuesto Gastos	Gastos Devengados	% Ejecución	Monto Subejecución
Subt. 21 Gastos en Personal	8.907.870	8.356.112	93,8%	551.758	20.804.671	19.938.800	95,8%	865.871
Subt. 22 Bienes y Serv.de Consumo	4.852.498	4.800.634	98,9%	51.864	11.613.107	12.049.194	103,8%	-436.087
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	0	0	-	0	0	0	-	0
Subt. 24 Transferencias Corrientes	0	0	-	0	0	0	-	0
Subt. 25 Integros al Fisco	0	0	-	0	0	0	-	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0	0	-	0	0	0	-	0
Subt. 29 Adq.Activos No Financ.	155.613	0	0,0%	155.613	374.828	396.044	105,7%	-21.216
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	0	197.543	0,0%	-197.543	699.463	699.914	100,1%	-451
Subt. 32 Préstamos	0	0	-	0	0	0	-	0
Subt. 34 Servicio de la Deuda	537.959	831.338	154,5%	-293.379	0	0	-	0
Subt. 35 Saldo Final de Caja	0	0	-	0	1.000	0	0,0%	1.000
Total	14.453.940	14.185.628	98,1%	268.312	33.493.069	33.083.951	98,8%	409.118

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

v) Resultado Operacional Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Como se indicó anteriormente, el Resultado Operacional se define como la diferencia entre los ingresos y los gastos operacionales, esto es, descontando de la ejecución aquellas partidas de ingresos y gastos que no dicen relación con la operación habitual de los establecimientos. En esta categoría se encuentra, por el lado de los ingresos, las Transferencias Corrientes APS (asignación 05-02-007) y la Transferencias para Gastos de Capital (subtítulo 13). A su turno, por el lado de los gastos caen en esta categoría las Transferencias Corrientes APS (asignación 24-03-298), la Adquisición de Activos No Financieros (Subtítulo 29) e Iniciativas de Inversión (subtítulo 31).

Cuadro nº 153
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Resultado Operacional años 2000 al 2012
(en moneda de dic. 2012)

Componente	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ingresos Operacionales	45.799.672	52.366.575	39.939.081	41.729.830	47.242.627	52.253.902	62.821.315	70.167.842
Gastos Operacionales	46.579.521	54.432.196	43.337.239	45.727.446	50.673.073	53.235.031	63.659.758	73.902.316
Resultado Operacional	-779.848	-2.065.621	-3.398.158	-3.997.616	-3.430.446	-981.130	-838.443	-3.734.474
% sobre ingresos operación	-1,70%	-3,94%	-8,51%	-9,58%	-7,26%	-1,88%	-1,33%	-5,32%
% sobre Subtítulo 22	-7,49%	-14,64%	-29,35%	-31,46%	-22,45%	-5,85%	-3,30%	-11,50%

Continuación Cuadro nº 153

Componente	2008	2009	2010	2011	2012
Ingresos Operacionales	78.403.007	105.934.881	109.178.285	112.619.426	116.738.113
Gastos Operacionales	87.407.544	117.139.604	118.412.449	118.859.375	122.789.833
Resultado Operacional	-9.004.537	-11.204.724	-9.234.164	-6.239.948	-6.051.719
% sobre ingresos operación	-11,48%	-10,58%	-8,46%	-5,54%	-5,18%
% sobre Subtítulo 22	-22,06%	-22,69%	-19,32%	-11,52%	-11,38%

Fuente: Elaboración propia en base a información de Dirección de Presupuestos

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente evidencia un **Resultado Operacional negativo** (déficit operacional) para todo el período de análisis.

En los años 2002 y 2003, el déficit operacional alcanzó su nivel más alto situándose en torno al 30% del presupuesto del subtítulo 22, esto es, comprometiendo el equivalente a casi 4 meses de presupuesto del referido subtítulo. En los años 2005 y 2006 el déficit operacional registró una fuerte disminución situándose en torno al 6% y 3% del presupuesto del subtítulo 22, respectivamente. La mejora que se observó en el resultado operacional se explica por una importante inyección de recursos operacionales que se verificó en el Servicio.

Sin embargo, a contar del año 2007, el resultado operacional vuelve a mostrar un marcado deterioro situándose en torno al 20% del subtítulo 22 entre los años 2008 al 2010. Lo anterior aún en el contexto de un fuerte incremento de los ingresos operacionales el año 2009 en que aumentaron a una tasa del 35,9%, respecto del año anterior.

En los años 2011 y 2012 el déficit operacional se ha estabilizado en torno a \$6 mil millones, equivalente al 11% del subtítulo 22.

vi) **Resultado Operacional Hospital Padre Alberto Hurtado**

En el cuadro se presenta el resultado operacional para los años 2002 al 2012 en el Hospital Padre Alberto Hurtado.

Cuadro nº 154
Hospital Padre Alberto Hurtado
Resultado Operacional años 2002 al 2012
(en moneda de dic. 2012)

Variable	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ingresos de Operación	14.423.834	15.859.157	17.158.074	19.489.542	20.370.083	19.931.457
Gastos de Operación	13.988.085	15.790.708	16.952.854	18.479.086	19.286.977	20.662.796
Resultado Operacional	435.749	68.449	205.220	1.010.456	1.083.106	-731.339
% sobre ingresos operación	3,02%	0,43%	1,20%	5,18%	5,32%	-3,67%
% sobre Subtítulo 22	9,08%	1,10%	3,13%	15,43%	15,64%	-9,01%

Continuación Cuadro nº 154

Variable	2008	2009	2010	2011	2012
Ingresos de Operación	22.296.044	28.488.977	32.682.478	30.499.757	32.332.154
Gastos de Operación	22.779.017	29.895.142	32.224.626	30.840.285	31.987.993
Resultado Operacional	-482.973	-1.406.166	457.852	-340.528	344.161
% sobre ingresos operación	-2,17%	-4,94%	1,40%	-1,12%	1,06%
% sobre Subtítulo 22	-5,50%	-11,71%	3,74%	-2,94%	2,86%

Fuente: Elaboración propia en base a información de Dirección de Presupuestos

Para el período en estudio, el Hospital Padre Alberto Hurtado ha evidenciado un **resultado operacional positivo en la mayoría de los años y su nivel está dentro de rangos aceptables**, esto es, el déficit o superávit operacional no sobrepasa el equivalente al presupuesto correspondiente a un mes del subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo, con excepción de los años 2006 y 2009 sobrepasaron dicho nivel. En el año 2006 el superávit operacional fue equivalente a dos meses de presupuesto del subtítulo 22, en tanto que en el año 2009 se aprecia un déficit operacional que equivale a 1,5 meses de presupuesto del subtítulo 22 y que como se indicara precedentemente afectó a la generalidad de los Servicios de Salud y Establecimientos del Sistema.

Con todo, el Hospital Padre Alberto Hurtado evidencia un **desempeño operacional mejor al que presenta el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente**.

3.2. Situación Ex Post del Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Este Servicio de Salud tiene a su cargo las comunas de La Reina, Las Condes, Lo Barnechea, Macul, Ñuñoa, Peñalolén, Vitacura y Providencia. Se agrega Isla de Pascua con el Hospital de Hanga Roa.

Cuadro nº 155:
Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente con el H. L. Tisné

Nivel	Tipo de establecimiento	Cantidad	Nombre
Terciario	Hospitales de Alta Complejidad	7	Hospital Del Salvador
			Hospital L. Tisné
			Hospital de Niños L. Calvo Mackenna
			Inst. Nac. de Enf. Respiratorias y Cir. Tórax
			Instituto de Neurocirugía
			Inst. Nac. de Rehabilitación Infantil Pedro Aguirre Cerda
			Inst.Nac. Geriátrico Pdte. Eduardo Frei Montalva
	Hospital de Mediana Complejidad	1	Hanga Roa – Isla de Pascua
Secundario	Consultorio Especialidades	1	Hospital Del Salvador
	CRS	1	CRS Cordillera Oriente
Primario	CESFAM / CSU	21	
	COSAM	8	
	CECOF	4	
	Posta rural	1	
	SAPU	9	

Fuente: DEIS MINSAL 2012

El **nivel primario** dispone de la mayor cantidad de Centros de Salud Mental y CECOF en relación a población, comparado con el SSMSO. En la red pública los Servicios de Urgencia se encuentran en el Hospital del Salvador y en el Hospital Luis Tisné. Se agrega a esto, la atención de urgencia en las diferentes especialidades que aportan los institutos, según se señala más adelante.

La mayor parte de las comunas que pertenecen a este servicio se caracterizan por un **perfil socioeconómico** con mejores indicadores, lo cual impacta sobre los recursos municipales disponibles que son significativamente mayores, teniendo que cubrir una población beneficiaria que es proporcionalmente menor dada la importante presencia de estratos ABC1 en sus comunas, los cuales están afiliados mayoritariamente a ISAPRE y por tanto se atienden en el sector privado.

En cuanto al **nivel secundario y terciario**, este servicio tiene 7 hospitales, lo cual marca una diferencia importante con cualquier otro, dado que con la excepción del Hospital del Salvador y del Hospital Luis Tisné, los 5 restantes son centros de referencia nacional para diferentes especialidades y/o tienen el carácter de “institutos”, es decir, concentran su cartera de servicios sólo en un ámbito particular de especialidades. Es el caso del Instituto de Neurocirugía, Instituto Nacional del Tórax, Hospital Luis Calvo Mackenna, Instituto Geriátrico e Instituto de Rehabilitación Infantil Pedro Aguirre Cerda.

La atención que se realiza en el Hospital del Salvador y Luis Tisné *excluye por tanto las especialidades* que están presentes en los institutos y la pediátrica que se da en el Hospital Luis Calvo Mackenna. Ambos se complementan en sus carteras de servicios, donde el Hospital del Salvador concentra las subespecialidades tanto del área quirúrgica como de la medicina interna, la traumatología y oftalmología, odontología y cirugía maxilofacial, entre otras, así como toda el área de salud mental. Por su parte el Hospital Luis Tisné, que inicia sus funciones en el año 2002, aglutina toda la atención Ginecológica, Maternal y del Recién Nacido, además de disponer de cirugía (especialmente general y digestiva) y medicina interna.

La **ubicación geográfica** del Hospital Luis Tisné y del CRS Cordillera Oriente (CRSCO) viene a suplir una deficiencia de atención de niveles secundario y terciario, que se genera a partir del aumento de la población principalmente en la comuna de Peñalolén; coincide además con la mayor cantidad de población beneficiaria del FONASA en esta comuna y la de Macul dentro de todo el servicio. La existencia de toda la atención de la Mujer y el Recién Nacido, incluyendo la de urgencia en el Hospital Luis Tisné, responde como ya se señalara, al hecho de que la gran mayoría de los partos del SSMO ocurren en las comunas de Peñalolén y Macul.

Estos elementos descritos, particularmente la existencia de los institutos en este servicio, hacen difícil evaluar la brecha que pudiera existir en cuanto a la atención del nivel secundario y terciario. Con todo, aparece como muy relevante el rol del Hospital Luis Tisné para el nivel terciario y el CRSCO para el nivel secundario en la atención de los beneficiarios de Peñalolén y Macul.

Por otra parte, se agrega a este servicio el **Hospital de Hanga Roa** el año 2001, cuya reposición se inició el año 2010 para iniciar sus funciones en el año 2011, con 18 camas, pabellones y atención de urgencia. Este hospital atiende a una población local de aproximadamente 3.800 personas, cifra que se duplica con la población flotante de la isla. Es un hospital intercultural, que recoge las costumbres Rapa Nui como parte de su enfoque asistencial.

Según antecedentes del MINSAL, en este servicio la **tasa de camas hospitalarias** por 1,000 habitantes es de 2,4, siendo la más alta a nivel de los servicios del país, lo cual se explica por la existencia de los Institutos y el alto número de hospitales. El análisis más detallado muestra una **tasa de camas UCI** de 13,5, la cual es también la más alta a nivel país, junto con Aysén. Estas cifras contrastan con lo que se presentaba previamente para el SSMO.

En cuanto al **número de establecimientos APS en relación a la población beneficiaria**, los resultados para este servicio se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro nº 156:
Población Beneficiaria del FONASA en relación a establecimientos APS
SSMO – Año 2012

Establecimiento	Cantidad	Beneficiarios por Estab.
CESFAM / CSU	21	22.878
COSAM	8	60.055
CECOF	4	120.111
Posta rural	1	480.443
SAPU	9	53.383

Finalmente, es relevante señalar que el Hospital del Salvador y el Instituto de Geriátrica son parte de la cartera de **proyectos de reposición hospitalaria** ya aprobados por las instancias correspondientes, la cual se realizará en modalidad concesionada. Estos nuevos recintos se considera estarán operativos en el año 2018; en conjunto significan un incremento de un 44% en el número de camas (con un 89% de incremento en camas críticas) y de un 73% en pabellones respecto de lo que existe hoy.

a) Descripción de la Red

Como ya se ha señalado, la Red Asistencial Oriente se encuentra compuesta por establecimientos de Atención Primaria de las comunas asignadas, atención ambulatoria y además de centros de atención secundaria y un centro de atención hospitalaria de referencia para todas las comunas del Servicio de Salud. Los diferentes establecimientos se distribuyen por comuna tal como señala a continuación:

Cuadro nº 157:
Distribución de la Red Asistencial Por Comuna
Nivel primario

Servicio de Salud Metropolitano Oriente	
COMUNA DE PROVIDENCIA	COMUNA LO BARNECHEA
C. Herán Alessandri	C. Lo Barnechea
C. El Aguilucho	
COMUNA LAS CONDES	COMUNA ÑUÑO A
C. Apoquindo	C. Salvador Bustos
C. Aníbal Ariztía	C. Rosita. Renard
	Posta Ñuñoa
COMUNA VITACURA	COMUNA LA REINA
	C. La Reina
C. Vitacura	Juan Pablo II
COMUNA DE PEÑALOLEN	COMUNA DE MACUL
C. San Luis	C.. Santa Julia
C. La Faena	C. Félix de Amesti
C. Lo Hermida	Padre Hurtado
C. Carol Urzúa Cardenal S. Henríquez P. Gerardo Whelan	

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

En los **niveles Secundario y Terciario**, se encuentran el Hospital del Salvador, Hospital Luis Calvo Mackenna, Hospital Luis Tisné, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugías Torácica, I.N.E.R y C.T, Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo, Instituto Nacional de Rehabilitación Infantil Pedro Aguirre Cerda, Instituto Nacional Geriátrico Presidente Eduardo Frei y Centro de Referencia de Salud Cordillera.

Gestión de la Red Asistencial SSMO con el Hospital Luis Tisné

Los diferentes establecimientos de nivel primario son la puerta de entrada a esta red, y su relación con el nivel secundario se lleva a cabo a través de Interconsultas al nivel secundario de los establecimientos de ese nivel. El modelo funciona a través de presentación de la Interconsulta al Servicio de Orientación Médico Estadístico SOME, la cual agenda al paciente para su atención y

luego ubica al paciente telefónicamente para avisar de fecha y hora de atención. Este modelo de interconsultas está en su gran mayoría informatizado.

En el nivel secundario se agendan los pacientes a quienes se ha solicitado interconsulta, siendo el **Hospital del Salvador** quien recibe pacientes adultos excluyendo las comunas de Peñalolén y Macul que son derivadas al Hospital Luis Tisné.

Se exceptúan las especialidades de patología torácica-cardioquirúrgica y neuroquirúrgicas de alta complejidad, las cuales son derivadas a los **Institutos del Tórax** (centro de referencia para trasplante de pulmón y corazón) y **Neurocirugía** respectivamente, sea desde la APS, de otro establecimiento de la red o de algún servicio de urgencia. Como se señalara, al ser centros de referencia nacional, reciben además pacientes referidos de otros servicios. Destacan en este nivel el manejo en el Hospital del Salvador de trauma ocular, trasplante renal y hepático, donde son centro de referencia a nivel de la Región Metropolitana y del país. El hospital del Salvador cuenta además con un centro de alta nivel en psiquiatría.

El **Instituto Geriátrico** atiende pacientes adultos mayores del servicio contando con atención ambulatoria, hospitalización, consultorio de especialidades y hospital de día.

El **Hospital Luis Calvo Mackenna** es un centro de atención pediátrica exclusiva, tanto de mediana como de alta complejidad, destacando su rol como centro de referencia nacional para las especialidades de cirugía cardíaca, oncología infantil, cirugía neonatal y de escoliosis, diálisis y trasplante renal, cirugía de quemados y fisurados.

El **Centro de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda** presta atención en rehabilitación física, sensorial y motora a la población menor de 15 años con discapacidad. Su actuar se coordina con diferentes niveles de atención, incluyendo instancias comunitarias en donde la familia participa de la rehabilitación y reinserción psicosocial de los niños y adolescentes.

Por su parte, la atención gineco-obstétrica y neonatal de todo el servicio funciona en el **Hospital Luis Tisné** para toda la red, siendo centro de referencia nacional para patología neonatal. El siguiente cuadro muestra las áreas prioritarias de referencia que recibe este establecimiento:

Cuadro nº 158
Referencias que recibe el Hospital L. Tisné

Problema de Salud GES	Derivado de:
Cáncer Cérvico Uterino Cirugía, Quimio y Radio terapia	Red Asistencial del SSMO
Cáncer de Mama Ex FISH ⁶⁶ , Cirugía, Quimio y Radio terapia	Red Asistencial del SSMO. Referencia nacional para Ex. de FISH desde Arica a Bío Bío.
Analgesia del Parto	Red Asistencial del SSMO
Prevención parto prematuro	Red Asistencial del SSMO
Síndrome Distress Respiratorio Recién Nacido.	Red Asistencial del SSMO
Retinopatía del prematuro	Red Asistencial del SSMO
Sospecha de displasia broncopulmonar del prematuro	Red Asistencial del SSMO
Hipoacusia del prematuro	Peñalolén y Macul
Accidente cerebrovascular isquémico	Peñalolén y Macul
Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula	Peñalolén y Macul
Confirmación de trastorno de conducción	Peñalolén y Macul
Infarto Agudo del Miocardio	Peñalolén y Macul
Atención de Urgencia del TEC	Peñalolén y Macul
Recepción embarazada con RN con cardiopatía congénita	SSMO y SSMOC. Más 12 SS fuera de la RM

Fuente: Cuenta Pública 2012, página web institucional. No se entregan antecedentes cuantitativos respecto de estas Referencias.

El **Hospital de Hanga Roa** tiene un enfoque de salud familiar en su modelo de atención, asiste patología de baja y mediana complejidad en las especialidades básicas de cirugía, medicina, pediatría y gineco-obstetricia, la cual es complementada con la visita periódica de especialistas.

Toda la red del SSMO está además a disposición de los pacientes cuya resolución médica requiere de niveles de mayor especialización y complejidad.

El **CRSCO** recibe pacientes referidos principalmente de las comunas de Ñuñoa y Peñalolén, además de aquellos pacientes referidos del Hospital Luis Tisné. Destacan las especialidades gineco-obstétricas, medicina física y rehabilitación, dental, psiquiatría y salud mental, medicina interna y pediatría.

Finalmente, la **Red de urgencia** funciona en forma coordinada con los SAPU, urgencias hospitalarias y el SAMU. Las urgencias hospitalarias atienden 24 hrs. continuas todos los días, así como algunos de los SAPU (Las Condes, Lo Barnechea y Ñuñoa); en los demás SAPU la atención es de 17 hrs. a 08 hrs. exceptuando los sábados, domingos y festivos en que se atiende las 24 hrs. del día.

Las siguientes ilustraciones dan cuenta de las referencias y contra-referencias de las redes Electiva y de Urgencia del SSMO. También se ilustra el caso del Hospital de Hanga Roa.

⁶⁶ FISH: Análisis por hibridación fluorescente in situ (FISH). El análisis por hibridación fluorescente in situ (FISH) “mapea” el material genético presente en las células de una persona. Este análisis puede servir para visualizar genes o porciones de genes específicos. El análisis por FISH se realiza sobre tejido de cáncer de mama extirpado durante la biopsia.

Ilustración 11

Referencia y Contra – referencia de la Red Electiva del SSMO Fase Ex Post

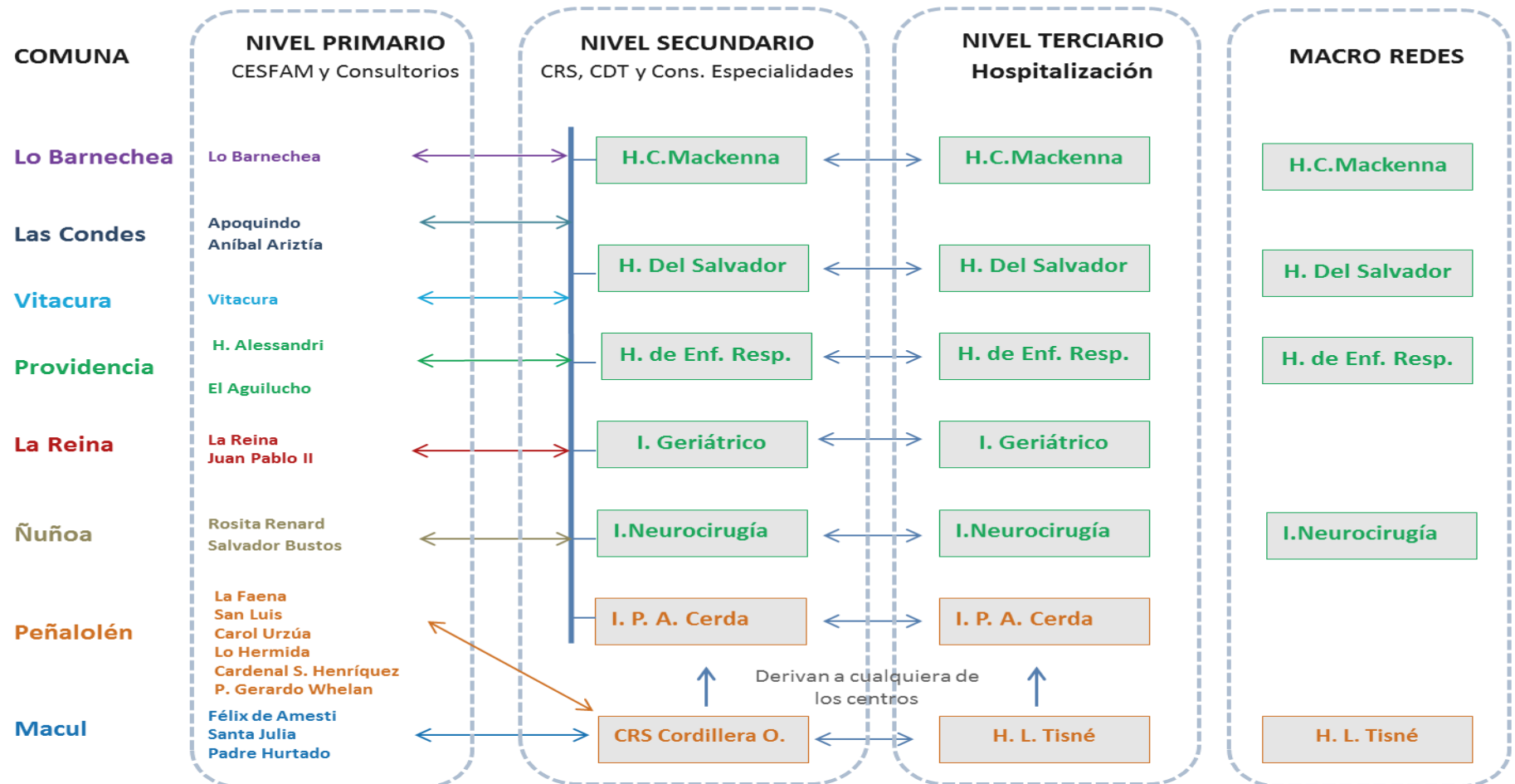


Ilustración 12

Referencia y Contra - referencia Red de Urgencia del SSMO Fase Ex Post

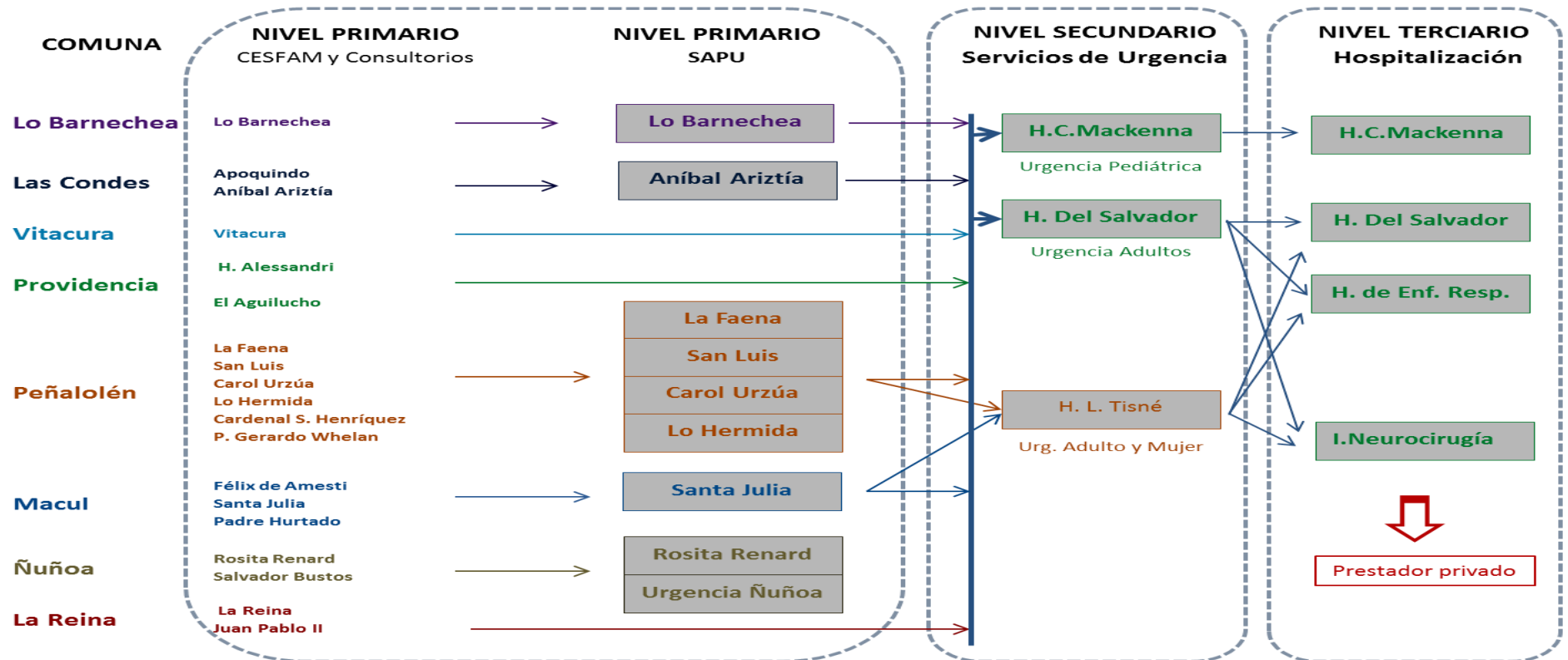
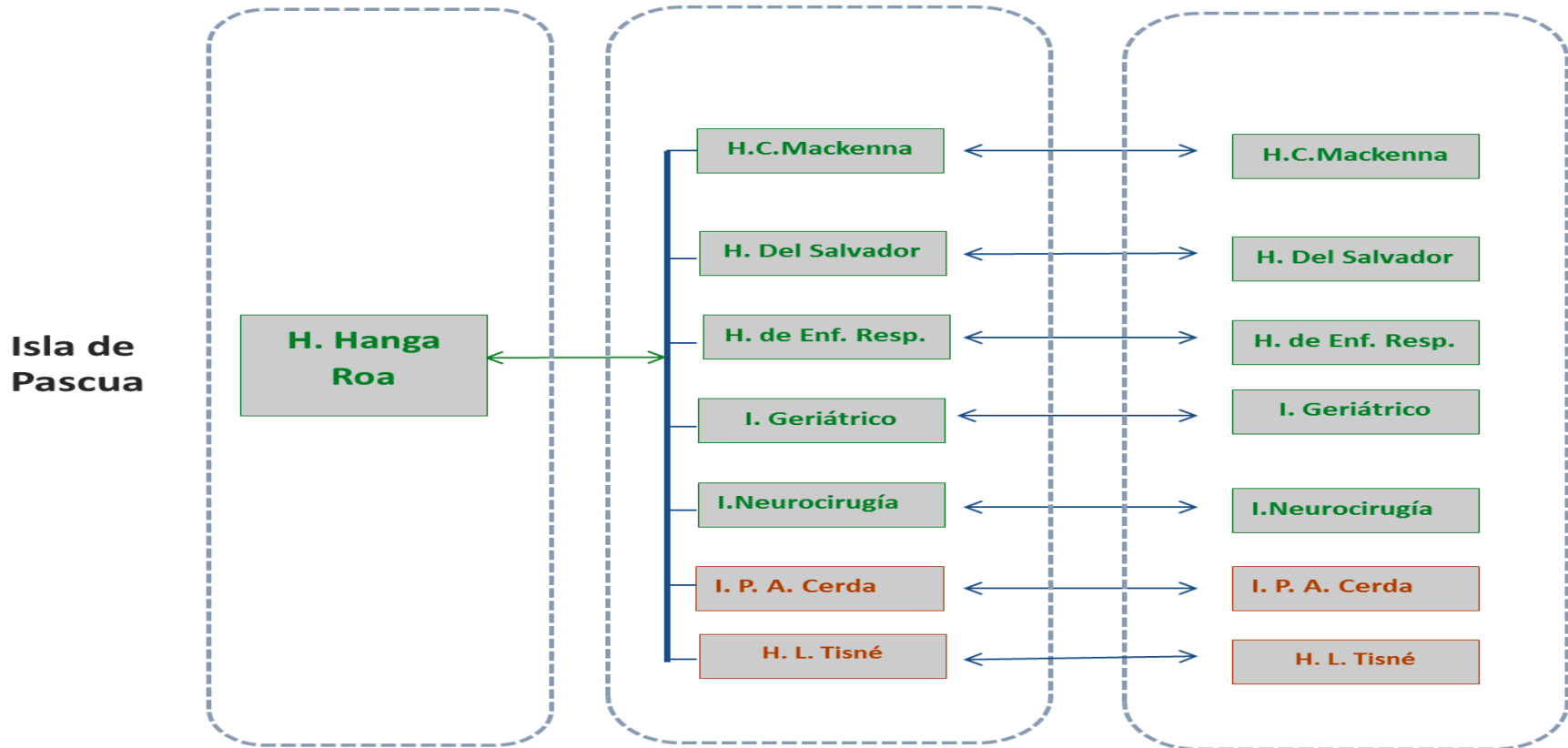


Ilustración 13:

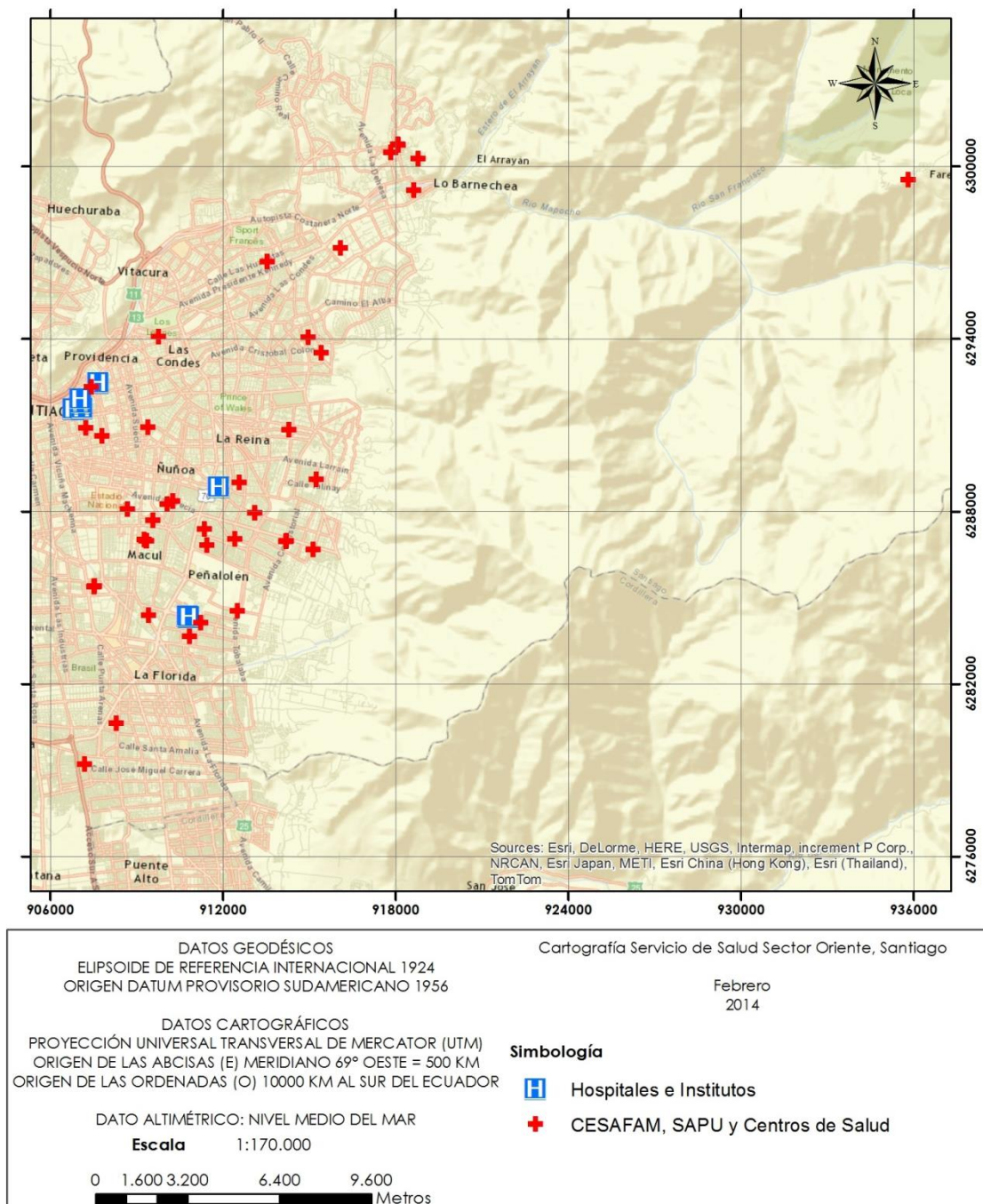
**Referencia y Contra – referencia del Hospital Hanga Roa del SSMO
Fase Ex Post**



b) Área de Influencia del SSMO

La siguiente ilustración grafica los establecimientos de la Red del SSMO y su derivación al Hospital Base.

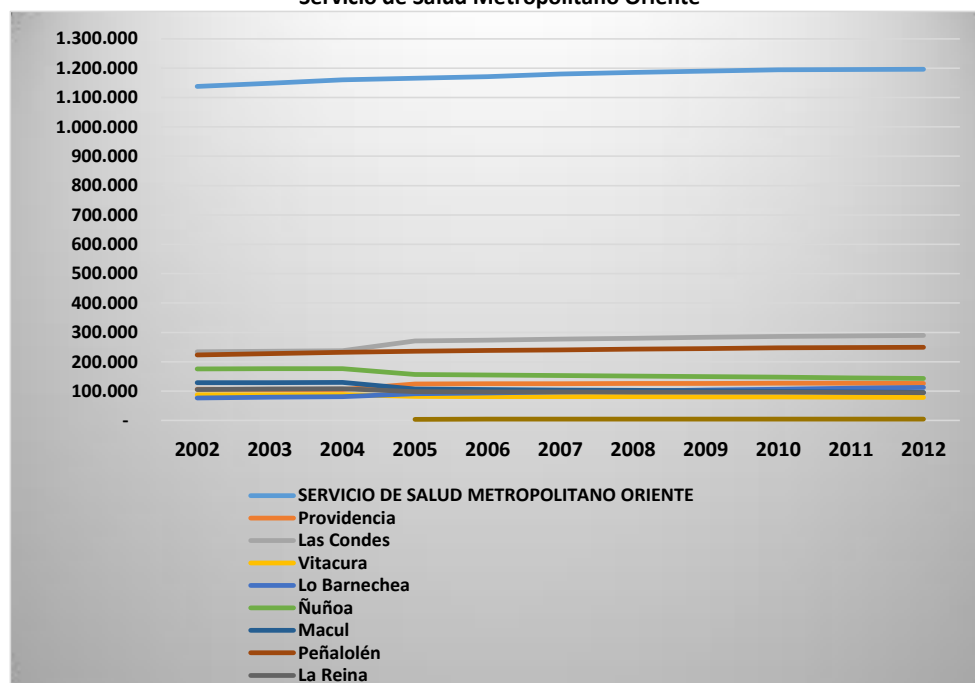
Ilustración 14: Centros de Salud Sector Oriente, Santiago



Antecedentes demográficos del Área de Influencia

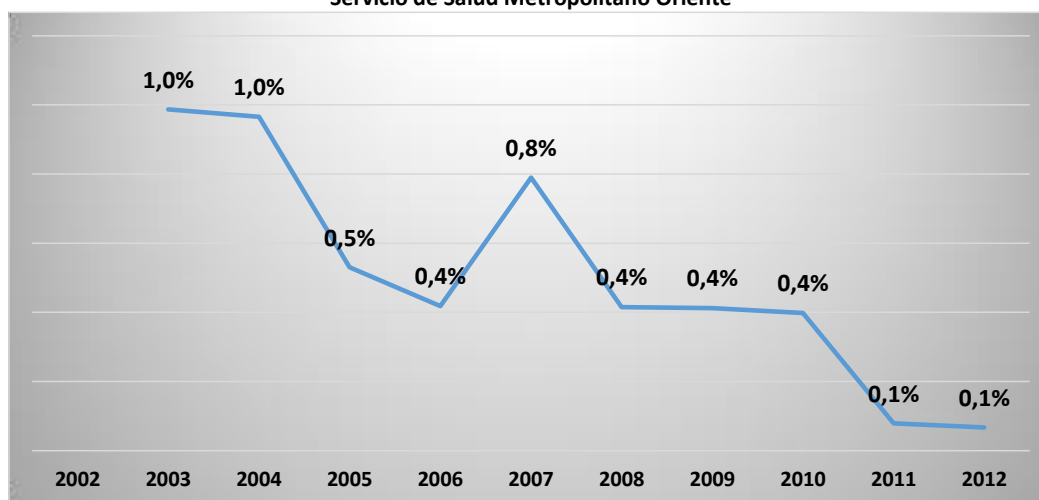
La **tasa de crecimiento anual de la población estimada** ha descendido en el período, siendo de un 1% para el año 2002 y de 0,1% para el año 2012.

Gráfico 86:
Evolución de la Población Estimada
Período 2002 – 2012
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 87:
Tasa de Crecimiento Anual de la Población Estimada
Período 2002 – 2012
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

El **análisis por comuna** muestra que Las Condes es la con mayor participación en la población total a nivel de servicio, con una participación de 24% al año 2012, seguida de cerca por la comuna de Peñalolén con una participación de 21%, Ñuñoa con un 12%, Providencia con un 11%, Lo Barnechea con un 9%, y Macul y Vitacura, con una participación de 8% y 7% respectivamente.

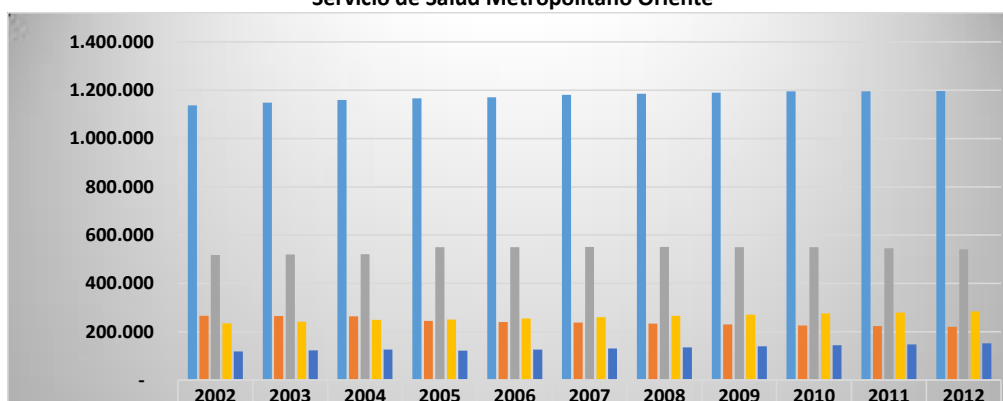
Cuadro nº 159:
Población Total Estimada y Participación Porcentual Por Comuna
Período 1995-2012
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

AÑO	TOTAL S.S.M.O	Comuna de Providencia	%	Comuna Las Condes	%	Comuna de Vitacura	%	Comuna Lo Barnechea	%	Comuna Ñuñoa	%	Comuna Macul	%	Comuna Peñalolén	%	Comuna La Reina	%	Comuna Isla de Pascua	%
1995	1.053.513	105.696	10%	215.431	20%	83.358	8%	55.659	5%	173.651	16%	125.095	12%	198.516	19%	96.107	9%	-	0,0%
1996	1.070.392	110.103	10%	220.025	21%	82.754	8%	64.216	6%	173.347	16%	123.279	12%	199.194	19%	97.474	9%	-	0,0%
1997	1.081.747	109.324	10%	222.886	21%	83.510	8%	66.009	6%	173.765	16%	124.223	11%	203.011	19%	99.019	9%	-	0,0%
1998	1.092.887	108.573	10%	225.682	21%	84.238	8%	67.777	6%	174.196	16%	125.166	11%	206.732	19%	100.523	9%	-	0,0%
1999	1.103.839	107.832	10%	228.434	21%	84.955	8%	69.513	6%	174.613	16%	126.087	11%	210.397	19%	102.008	9%	-	0,0%
2000	1.114.633	107.098	10%	231.147	21%	85.659	8%	71.226	6%	175.034	16%	126.998	11%	214.002	19%	103.469	9%	-	0,0%
2001	1.126.235	106.639	9%	232.814	21%	86.419	8%	73.895	7%	175.393	16%	127.766	11%	218.690	19%	104.619	9%	-	0,0%
2002	1.137.637	106.185	9%	234.453	21%	87.170	8%	76.518	7%	175.748	15%	128.522	11%	223.294	20%	105.747	9%	-	0,0%
2003	1.148.867	105.744	9%	236.064	21%	87.911	8%	79.098	7%	176.096	15%	129.267	11%	227.828	20%	106.859	9%	-	0,0%
2004	1.159.957	105.300	9%	237.657	20%	88.639	8%	81.652	7%	176.434	15%	130.001	11%	232.314	20%	107.960	9%	-	0,0%
2005	1.166.105	124.371	11%	270.885	23%	81.909	7%	90.994	8%	156.557	13%	107.177	9%	235.947	20%	97.905	8%	4.303	0,4%
2006	1.170.981	125.234	11%	274.035	23%	81.588	7%	94.072	8%	154.712	13%	105.610	9%	238.177	20%	97.553	8%	4.413	0,4%
2007	1.180.232	125.584	11%	277.065	23%	81.251	7%	97.179	8%	152.887	13%	104.077	9%	240.423	20%	97.229	8%	4.537	0,4%
2008	1.185.130	126.016	11%	280.148	24%	80.926	7%	100.279	8%	151.045	13%	102.504	9%	242.664	20%	96.888	8%	4.660	0,4%
2009	1.190.018	126.436	11%	283.226	24%	80.598	7%	103.376	9%	149.205	13%	100.942	8%	244.903	21%	96.551	8%	4.781	0,4%
2010	1.194.756	126.712	11%	286.204	24%	80.258	7%	106.491	9%	147.380	12%	99.410	8%	247.181	21%	96.232	8%	4.888	0,4%
2011	1.195.699	126.643	11%	288.115	24%	79.618	7%	109.638	9%	145.116	12%	97.614	8%	248.405	21%	95.516	8%	5.034	0,4%
2012	1.196.496	126.487	11%	289.949	24%	78.964	7%	112.822	9%	142.857	12%	95.827	8%	249.621	21%	94.802	8%	5.167	0,4%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

El **análisis de la población por Tramo de Edad**, para el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, para el período 2002 – 2012 muestra similar tendencia al incremento de los tramos de mayor edad, signo del proceso de envejecimiento de la población. De este modo, para el año 2002 el Tramo de 0-14 años tiene una participación de 23%; el Tramo de 15-44 años, una de 45%; el Tramo de 45-65 años, 21% y el Tramo de 65 años y más, un 10%. Sin embargo, para el año 2012, el Tramo de 0-14 años había disminuido a un 18% de participación, en tanto los Tramos de 45-64 años y 65 años y más incrementaron su participación a 24% y 13% respectivamente.

Gráfico 88:
Población Estimada Total Por Tramo de Edad
Período 2002 – 2012
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Cuadro nº 160:
Participación Porcentual de la Población Estimada Total Por Tramo de Edad
Período 2002-2012
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

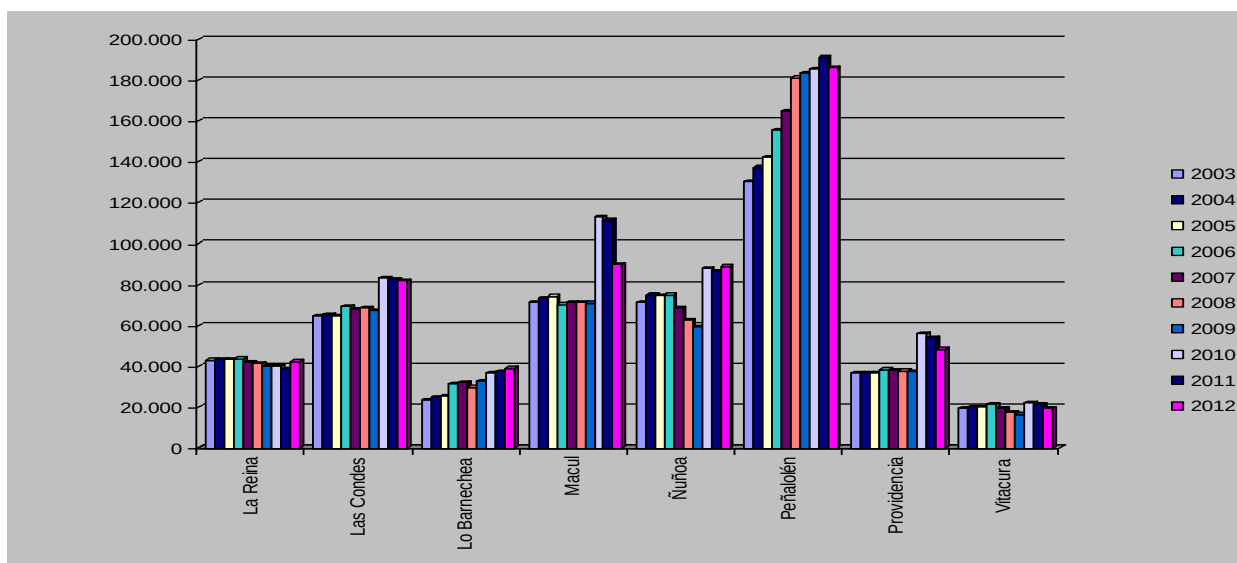
TRAMO ETAREO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL	1.053.513	1.070.392	1.081.747	1.092.887	1.103.839	1.114.633	1.126.235	1.137.637	1.148.867	1.159.957	1.166.105	1.170.981	1.180.232	1.185.130	1.190.018	1.194.756	1.195.699	1.196.496
0 - 14 año	261.673	265.238	266.206	267.150	268.080	268.995	267.649	266.322	265.020	263.737	244.316	240.355	237.652	233.682	229.715	225.752	223.005	220.229
15 - 44 año	513.592	507.001	508.594	510.160	511.698	513.204	515.336	517.438	519.509	521.546	550.192	549.740	551.280	550.814	550.336	549.708	545.440	541.059
45 - 64 año	188.580	199.991	205.318	210.549	215.687	220.757	227.917	234.952	241.875	248.719	250.303	255.194	260.959	265.883	270.799	275.715	279.647	283.566
65 año y más	89.668	98.162	101.629	105.028	108.374	111.677	115.333	118.925	122.463	125.955	121.294	125.692	130.341	134.751	139.168	143.581	147.607	151.642

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Población Beneficiaria (FONASA) de Red Oriente⁶⁷

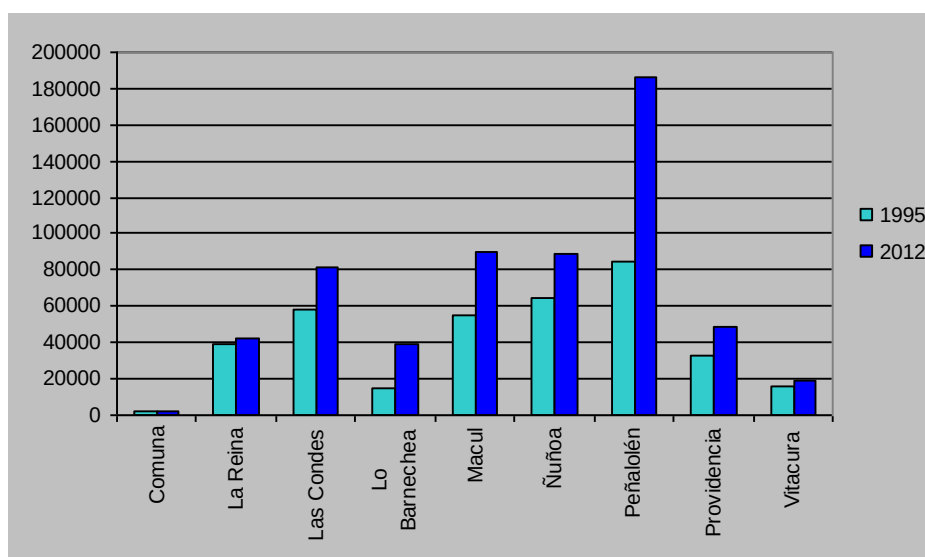
La Población Fonasa a ser atendida en la Red Asistencial Oriente de las comunas ya mencionadas desde el año 2003 al 2012, aumentó en un 29,6%.

Gráfico 89:
Población FONASA de Red Asistencial Oriente
Por comuna Período 2003 – 2012



Fuente: Información DEIS.

Gráfico 90:
Población FONASA de Red Asistencial Oriente
Por comuna 1995 – 2012

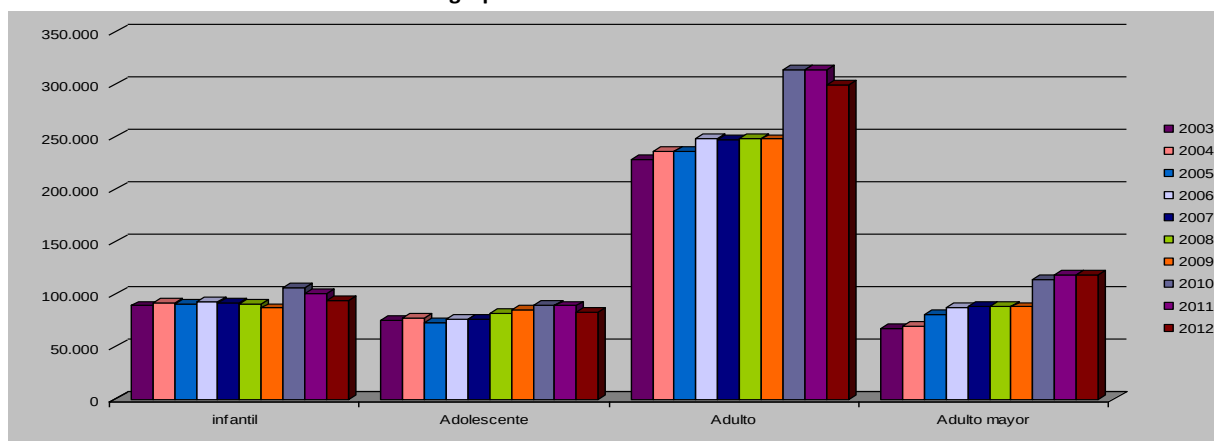


Fuente: Información DEIS

⁶⁷ Por población beneficiaria se ha colocado la que corresponde a las comunas asignadas, en relación a población atendida por macro redes corresponde a beneficiaria de cada Servicio de Salud derivador.

De la población total asignada a la Red Oriente, la población FONASA distribuida según grupo etario, es la que se muestra en el siguiente gráfico, donde la mayor proporción en el año 2003 corresponde a población infantil y adulta, sin embargo a partir del año 2009 y hasta el año 2012, la mayor proporción corresponde a población adulta seguida por la adulta mayor.

Gráfico 91:
Estimación Población FONASA de Red Asistencial Oriente
Por grupo etario Período 2003 – 2012



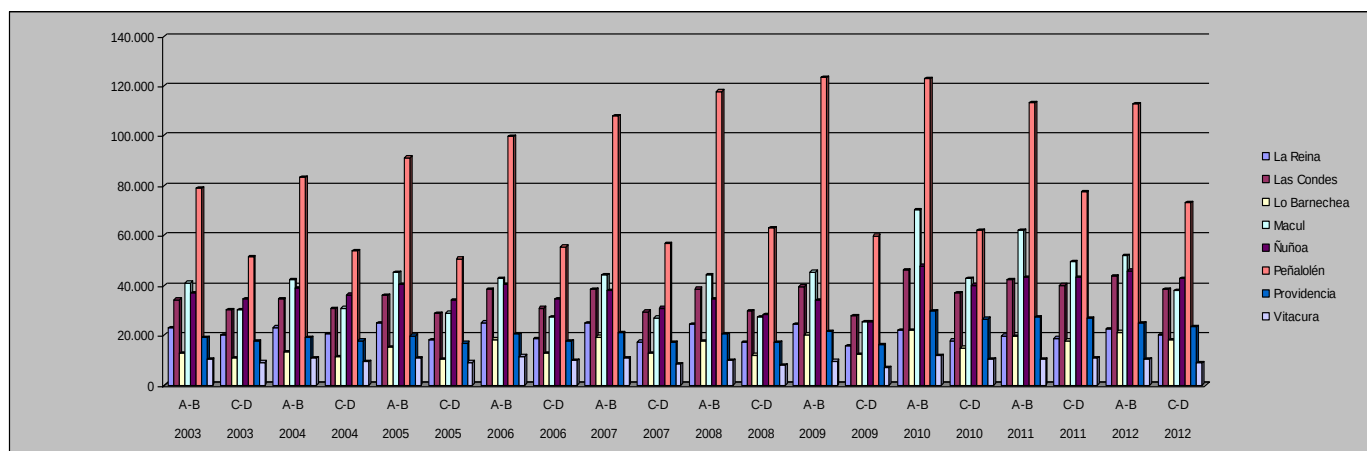
Fuente: Información DEIS.

Tal como ya se indicó en relación al SSMSO, la población beneficiaria FONASA se distribuye según su nivel de ingresos en cuatro tramos:

- Tramo A: Atención institucional gratuita.
- Tramo B: Atención Institucional gratuita y con derecho a atenciones de libre elección, esto es recibiendo atención de prestadores tanto públicos como privados.
- Tramo C: Atención Institucional con un copago del 10%, más atención Libre elección.
- Tramo D: Atención Institucional con un copago del 20%, más atención Libre elección.

Al igual que para el análisis de comunas más pobres del SSMSO, en este caso se ha agrupado los beneficiarios Fonasa de las categorías A- B y C-D, identificándose en este caso que la comuna de Peñalolén es porcentualmente la con mayor cantidad de usuarios FONASA tramo A y B (población con menos ingresos o más pobres) del total de población beneficiaria, con un porcentaje promedio de un 34% en todos los años en relación a las otras comunas del Servicios de Salud Oriente.

Gráfico 92
Distribución Población FONASA Beneficiaria Red Asistencial Oriente con y sin copago
Por comuna Período 2003 – 2012



Fuente: Información DEIS.

c) Actividad Asistencial: Evaluación Ex – Post

La actividad asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente para el período año 2002 a 2012, considera el impacto de la puesta en marcha del Hospital Luis Tisné Brousse que opera a partir del 20 de agosto del 2002.

El 20 de agosto de 2002 inició su funcionamiento con el Servicio de Gineco-Obstetricia, Servicio de Neonatología, UCI Adulto, Pabellones y Recuperación, Anatomía Patológica, Medicina Transfusional, Sedile, Pensionado Gineco-Obstétrico y las Unidades Administrativas. El Servicio de Gineco-Obstetricia y el Servicio de Neonatología se trasladaron completamente desde el Hospital del Salvador con el objetivo de acercar a los usuarios la oferta de salud en esas especialidades, para los usuarios del Sector Oriente de la Región Metropolitana.

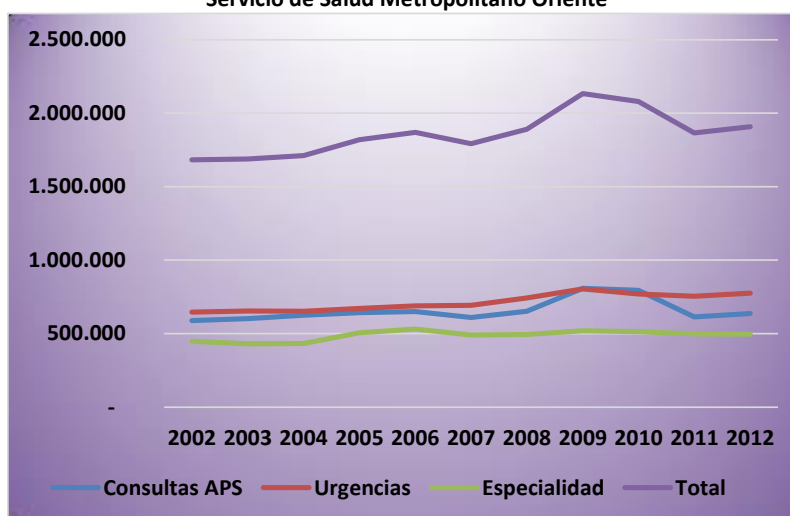
En el segundo semestre del año 2003 se incorporó el Servicio Médico-Quirúrgico del Adulto, Intermedio Médico Quirúrgico y Pensionado General. En segundo trimestre del año 2004 inició sus actividades la Unidad de Emergencia Referida del Adulto y en junio se amplió el Servicio Médico Quirúrgico del Adulto y el Intermedio Médico Quirúrgico.

i) **Atención Abierta**

• **Controles y Consultas**

El Servicio de Salud Metropolitano Oriente muestra un incremento moderado durante el periodo 2002-2012, exhibiendo un incremento de un 13% en las consultas Totales. La mayor parte es explicada por el incremento en las Consultas de Urgencias, siendo esta de un 20%. En tanto, las Consultas de Especialidades se incrementaron en 11% el 2012 respecto del 2002.

Gráfico 93:
Controles y Consultas Totales
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente Departamento de Estadística e Información de Salud, DEIS.

Cuadro nº 161
Controles y Consultas Totales
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Año	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Consultas APS	589.484	601.652	625.766	641.892	651.266	610.477	653.150	808.346	794.469	613.271	636.769
Urgencias	646.249	655.050	652.714	670.963	688.048	691.851	742.233	805.320	770.269	753.828	774.700
Especialidad	447.440	430.966	433.084	505.782	530.769	490.650	495.025	519.324	514.224	498.569	496.838
Total	1.683.173	1.687.668	1.711.564	1.818.637	1.870.083	1.792.978	1.890.408	2.132.990	2.078.962	1.865.668	1.908.307

Fuente Departamento de Estadística e Información de Salud, DEIS.

El análisis por establecimiento de las consultas de Urgencias, muestra que el Hospital del Salvador participa de un 13% del total, seguido por el Hospital Dr. Luis Tisné con un 12%, y el Hospital de Niños Luis Calvo Mackenna con un 9%, para el año 2012. A nivel Primario se destacan los Centros de salud Familiar Aníbal Ariztía, Consultorio Lo Barnechea, Consultorio Carol Urzúa de Peñalolén con una participación de un 9%. El SAPU-Centro de Urgencia de Ñuñoa tiene una participación del 11%.

Cuadro nº 162:
Consultas de Urgencias Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Año	2008	2009	2010	2011	2012	% Año 2012
Total Servicio de Salud	742.233	805.320	770.269	753.828	774.700	
Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia)	94.159	104.080	98.093	99.865	100.822	13%
Hospital Dr. Luis Tisné B. (Santiago, Peñalolén)	50.104	55.429	48.635	51.069	92.658	12%
Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia)	76.893	80.040	75.095	67.639	66.191	9%
Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo	11.490	11.431	10.605	10.698	10.131	1%
Hospital Hanga Roa (Isla De Pascua)	13.236	13.306	8.583	11.445		0%
Centro de Salud Familiar Aníbal Ariztía	61.236	64.450	69.485	68.654	66.975	9%
Consultorio Lo Barnechea	66.595	71.947	73.715	66.988	68.119	9%
Centro de Salud Familiar Vitacura	97	28	75	35		0%
Centro de Salud Familiar Rosita Renard	21.850	22.657	19.924	21.716	23.927	3%
Centro de Salud Familiar Félix de Amesti	1.252	1.490	1.583	1.361		0%
Centro de Salud Familiar Santa Julia	28.187	32.128	28.863	31.107	35.515	5%
Consultorio La Faena	46.337	49.312	47.925	43.315	39.835	5%
Consultorio San Luis	58.143	66.724	63.318	56.354	53.617	7%
Consultorio Carol Urzúa Ibáñez de Peñalolén	69.674	70.912	69.248	64.887	67.156	9%
Centro de Salud Familiar La Reina		15	8	13.945	16.945	2%
Centro de Salud Familiar Lo Hermida	56.646	63.653	60.253	53.660		0%
Centro de Salud Familiar Padre Alberto Hurtado	145	183	189	163		0%
Centro de Salud Juan Pablo II		150	339	7		0%
Centro de Salud Familiar Cardenal Silva Henríquez	132	310	180	169		0%
Centro Comunitario de Salud Familiar Lo Barnechea		5.606				0%
Centro de Salud Familiar Padre Gerardo Whelan				2.301	51.348	7%
Centro Comunitario de Salud Familiar Dragones de La Reina				44		0%
SAPU-Centro de Urgencia Ñuñoa	86.057	91.469	94.153	88.406	81.461	11%

Fuente Departamento de Estadística e Información de Salud, DEIS.

El **análisis de las consultas de Especialidad** muestra que para el año 2012, es el Hospital del Salvador el que concentra el 40% de las consultas, seguido por el Hospital de Niños Luis Calvo Mackenna con un 19% de participación. En tanto, el Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente, representa el 17% del total de consultas de especialidad.

Cuadro nº 163
Consultas de Especialidad Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	% Año
Total Servicio de Salud	505.782	530.769	490.650	495.025	526.884	514.224	498.569	496.838	
Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia)	226.455	228.954	188.853	190.712	209.814	208.480	193.429	197.051	40%
Hospital Dr. Luis Tisné B. (Santiago, Peñalolén)	3.614	3.457	2.327	3.879	4.719	3.479	3.147	2.814	1%
Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia)	114.018	109.576	102.812	100.083	100.381	98.265	95.252	96.747	19%
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía de Torax	34.652	34.554	36.810	29.526	30.418	29.211	32.664	32.003	6%
Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo	14.220	19.335	18.828	19.757	20.559	18.703	19.279	18.425	4%
Instituto Nacional de Rehabilitación Infantil Pedro Aguirre Cerda	7.765	7.146	5.758	5.489	5.935	5.692	5.024	4.908	1%
Instituto Nacional Geriátrico Presidente Eduardo Frei Montalva	7.746	6.160	6.257	10.131	12.245	7.372	11.701	14.406	3%
Hospital Hanga Roa (Isla De Pascua)				3.270	3.450	2.039	3.179	3.818	1%
Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente, C.R.S.	84.190	99.268	98.232	106.619	103.749	98.159	91.056	85.979	17%
Centro de Salud Familiar Dr. Hernan Alessandri			504	639	735	702	856	220	0%
Consultorio Apoquindo	2.108	2.268	2.176	1.771	1.242	862	1.048	1.169	0%
Centro de Salud Familiar Aníbal Ariztía	833	1.995	1.488	1.162	1.135	903			0%
Consultorio Lo Barnechea	6.770	6.643	4.715	4.497	2.523	1.030	1.364	785	0%
Centro de Salud Familiar Vitacura					112	242	77	60	0%
Centro de Salud Familiar Rosita Renard	989	1.019	154		514	2.489	2.635	158	0%
Centro de Salud Familiar Salvador Bustos	839	441				1.311	721	365	0%
Centro de Salud Familiar Félix de Amesti									0%
Centro de Salud Familiar Santa Julia	722	549							0%
Centro de Salud Familiar El Aguilucho				99	204	1.333	1.201	853	0%
Consultorio La Faena									0%
Consultorio San Luis									0%
Consultorio Carol Urzúa Ibáñez de Peñalolén								140	0%
Centro de Salud Familiar La Reina									0%
Centro de Salud Familiar Lo Hermida	861	698							0%
Centro de Salud Familiar Padre Alberto Hurtado					24				0%
Centro de Salud Juan Pablo II									0%
Centro de Salud Familiar Cardenal Silva Henríquez									0%
COSAM La Reina			2.166	2.721	3.498	4.440	3.941	3.203	1%
COSAM Macul			3.873	2.325	3.131	3.601	3.288	4.147	1%
COSAM Nuñoa			2.356	2.812	2.786	2.959	3.517	4.022	1%
COSAM Las Condes			2.404	2.972	3.803	4.488	4.505	4.448	1%
COSAM Peñalolén			1.625	2.445	3.586	4.677	5.794	6.242	1%
COSAM Providencia			1.390	2.129	2.688	3.267	3.186	3.445	1%
Centro Comunitario de Salud Familiar Lo Barnechea				1.987	2.073	1.717	1.861	1.885	0%
COSAM Vitacura						1.458	2.114	2.028	0%
Centro de Salud Familiar Padre Gerardo Whelan								272	0%
SAPU-Centro de Urgencia Ñuñoa									0%
Dirección (Compra de Servicios)		8.706	7.922		7.560	6.872	7.041	6.488	1%
PRAIS						473	689	757	0%

Fuente Departamento de Estadística e Información de Salud, DEIS.

ii) Atención Cerrada

En este ámbito se contabilizan los egresos hospitalarios, dotación de camas y su porcentaje de ocupación, las intervenciones quirúrgicas, los partos y nacimientos y las actividades de apoyo clínico.

• Egresos Hospitalarios

Durante el período 2002 – 2012, el número de egresos hospitalarios, a nivel de Servicio de Salud Metropolitano Oriente, experimenta un **leve incremento** de 1,47% el 2012 respecto del 2002. Esta evolución muestra un **efecto sustitución** entre los egresos del Hospital del Salvador y Calvo Mackenna con respecto al Hospital Luis Tisné Brousse. De esta manera, el Hospital del Salvador disminuye en 9.466 egresos el 2012 respecto del 2002, a su vez el Hospital Calvo Mackenna disminuye en 3.211 egresos en igual período. En tanto, el Hospital Luis Tisné B. incrementó el número de egresos en 12.998. Se observa una reducción de egresos entre los años 2011 y 2012 en relación a la tendencia al alza de los años anteriores, una de las explicaciones más plausibles es el efecto 27 F (Terremoto año 2010), en el cual hubo deterioro y pérdida de camas en trabajo a nivel de todo el Servicio de Salud, considerando la antigüedad y deterioro de la infraestructura hospitalaria. Otra causa posible es el aumento en el nivel de complejidad de las patologías atendidas.⁶⁸

Cuadro nº 164:
Egresos Hospitalarios
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total Servicio de Salud	52.864	54.439	55.913	57.250	56.797	56.794	58.811	60.515	62.204	68.431	66.705	66.546	68.010	68.964	69.337	67.775	64.570	61.402
Hosp. Del Salvador	30.510	29.796	30.208	30.997	30.267	31.012	32.024	27.835	19.681	18.658	18.757	18.802	18.489	18.596	18.820	18.810	18.119	18.369
Hosp. Luis Calvo Mackenna	15.186	17.036	16.998	16.375	16.461	16.119	15.873	16.608	16.811	16.983	17.059	16.318	16.225	16.267	16.393	16.143	16.055	13.600
I.N.E.R. Y C.T.	3.794	3.912	4.230	4.446	4.517	4.414	4.985	5.043	5.326	5.261	5.333	5.235	5.084	5.132	4.849	4.538	4.662	4.454
Hospital Luis Tisné Brousse*								4.909	14.064	18.757	19.359	19.830	20.964	20.589	21.227	20.267	18.339	17.907
Instituto Neurocirugía	2.202	2.470	2.594	2.414	2.464	2.501	2.594	2.777	2.776	5.261	2.627	2.792	2.941	3.426	3.640	3.638	3.657	3.646
Hosp. P.A. Cerda	830	847	1.413	2.300	2.282	1.984	2.334	2.336	2.467	2.463	2.502	2.478	2.583	3.184	2.661	3.248	2.435	2.552
Centro Geriátrico	342	378	470	718	806	764	1.001	1.007	1.079	1.048	1.068	1.091	1.049	1.090	1.203	661	831	874
Hospital Hanga Roa de Isla de Pascua													675	680	544	470	472	652

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

* Inicia actividades el 20/08/2002

Respecto la **participación relativa de los egresos por establecimiento** para el año 2012, se observa el Hospital Del Salvador representa el 30% del total a nivel de servicio, ocupando el segundo lugar el Hospital Luis Tisné B. con una participación del 29%, el Hospital Luis Calvo Mackenna con un 22%, el I.N.E.R. y C.T. con un 7%, el Instituto de Neurocirugía con un 6%, Hospital Pedro Aguirre Cerda con 4%, y el Hospital Centro Geriátrico y de Hospital Hanga Roa de Isla de Pascua, con 1% cada uno.

⁶⁸ El SSMO trabaja con GRD (grupo relacionado de diagnósticos), y han realizado diferentes presentaciones indicando que la complejidad de sus prestaciones hospitalarias ha amentado.

Cuadro nº 165:
Participación de los Egresos Hospitalarios Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hosp. Del Salvador	58%	55%	54%	54%	53%	55%	54%	46%	32%	27%	28%	28%	27%	27%	27%	28%	28%	30%
Hosp. Luis Calvo Mackenna	29%	31%	30%	29%	29%	28%	27%	27%	27%	25%	26%	25%	24%	24%	24%	24%	25%	22%
I.N.E.R. Y C.T.	7%	7%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	9%	8%	8%	8%	7%	7%	7%	7%	7%	7%
Hospital Luis Tisné Brousse*	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%	23%	27%	29%	30%	31%	30%	31%	30%	28%	29%
Instituto Neurocirugía	4%	5%	5%	4%	4%	4%	4%	5%	4%	8%	4%	4%	4%	5%	5%	5%	6%	6%
Hosp. P.A. Cerda	2%	2%	3%	4%	4%	3%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	5%	4%	5%	4%	4%
Centro Geriátrico	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%
Hospital Hanga Roa de Isla de	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

La información de **egresos por Servicio Clínicos** muestra que Obstetricia y Ginecología tienen la mayor participación en los egresos con una cifra de 25% en el año 1995, disminuyendo paulatinamente hasta llegar a un 19% para el año 2001. El Servicio de Urgencia le sigue en importancia, con un 11,8% de participación. Cirugía y Medicina son los siguientes Servicios Clínicos que concentran los egresos hospitalarios.

- **Dotación de Camas**

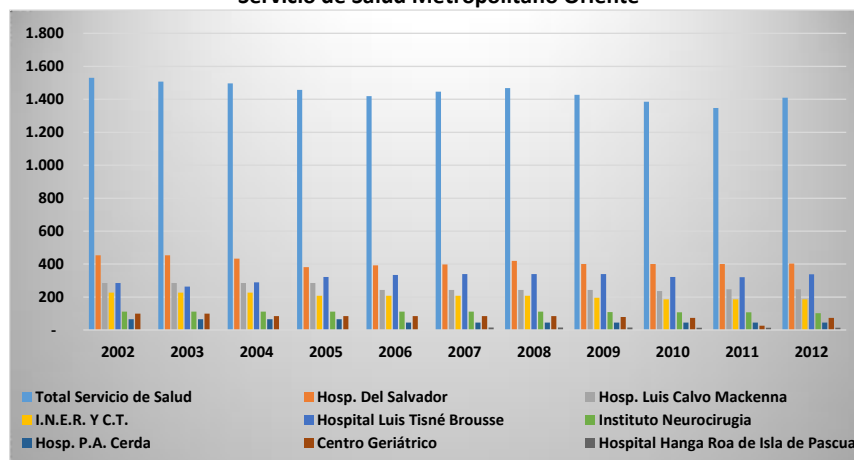
De acuerdo al siguiente cuadro, **la evolución en la dotación de camas a nivel de Servicio de Salud Metropolitano Oriente, muestra un descenso** en el período 2002 – 2012 de 8%. En dicho período, es el Hospital Luis Tisné Brousse el único establecimiento que tiene un incremento en la dotación de camas de un 18% el 2012 respecto al 2002, equivalente a 52 camas. Para el año 2012 el Hospital del Salvador participa del 29% de la dotación total de camas del Servicio, siendo el más importante en este sentido, seguido por el Hospital Luis Tisné que participa de un 24% del total de camas, en tanto, el Hospital Luis Calvo Mackenna participa de un 18%. El I.N.E.R. C. Y T. posee un 13% del total de camas, el Instituto de Neurocirugía participa con un 7%, el Instituto Nacional P. Aguirre Cerda con un 3% y el Instituto Nacional de Geriátrica con un 5%. Cifras similares se expresan durante todo el período 2002-2012.

Cuadro nº 166:
Dotación de Camas Según Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total Servicio de Salud	1.718	1.715	1.596	1.582	1.582	1.582	1.582	1.530	1.508	1.497	1.458	1.419	1.446	1.468	1.428	1.386	1.347	1.410
Hosp. Del Salvador	866	860	738	724	724	724	724	454	454	433	381	392	398	420	401	401	401	404
Hosp. Luis Calvo Mackenna	289	283	286	286	286	286	286	286	286	286	285	243	243	243	243	236	247	247
I.N.E.R. Y C.T.	219	227	227	227	227	227	227	227	227	227	208	208	208	208	196	186	186	186
Hospital Luis Tisné Brousse								286	264	289	322	334	340	340	340	322	320	338
Instituto Neurocirugía	139	140	140	140	140	140	140	112	112	112	112	112	112	112	109	108	108	102
Hosp. P.A. Cerda	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65	45	45	45	45	45	45	45
Centro Geriátrico	140	140	140	140	140	140	140	100	100	85	85	85	85	85	79	74	26	74
Hospital Hanga Roa de Isla de Pascua													15	15	15	14	14	14

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 33
Dotación de Cama Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

- **Porcentaje de Ocupación de Camas**

Respecto del Porcentaje de Ocupación de Camas, el Hospital del Salvador mantiene una cifra en promedio cercana al 92% durante el período 2002-2012, en tanto el Hospital Luis Calvo Mackenna exhibe un porcentaje promedio de ocupación alrededor del 83%. El Hospital Luis Tisné parte el año 2002 con un porcentaje de 59% alcanzando un porcentaje de ocupación de 81% el 2012.

Cuadro nº 167:
Porcentaje de Ocupación de Camas Según Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total Servicio de Salud	80,5	79,7	79,1	80,3	80,4	79,9	81,9	81,6	79,9	80,3	82,0	82,9	83,2	82,2	83,7	86,7	87,3	85,0
Hosp. Del Salvador	83,2	81,4	81,1	85,4	85,5	85,7	85,7	87,8	91,9	81,1	88,4	93,0	94,2	94,0	92,7	96,2	96,3	96,7
Hospital Luis Tisné Brousse	-	-	-	-	-	-	-	59,4	63,9	74,0	78,3	79,6	78,1	79,4	82,3	81,1	84,2	81,2
Hosp. Luis Calvo Mackenna	81,9	86,2	81,2	79,9	81,4	81,7	81,5	80,7	80,6	80,4	80,2	81,8	82,7	83	85,7	84,5	85,3	84,7
I.N.E.R. Y C.T.	69,9	69,4	68,6	63,5	63,0	60,6	70,5	69,0	69,8	74,8	75,0	71,1	72,8	69,7	74	87,8	85,1	72,4
Instituto Neurocirugía	75,6	71,5	69,3	75,1	74,1	73,2	73,3	73,3	83,7	74,8	85,0	88,4	84,4	74,6	77,8	79,9	76,2	79
Hosp. P.A. Cerda	66,9	63,1	73,9	75,3	71,6	71,3	81,7	56,6	63,5	54,0	67,6	62,9	65,1	59,1	62	71,4	78,6	82
Centro Geriátrico	90,2	89,4	91,5	88,4	88,8	86,1	87,8	91,7	91,7	90,0	88,4	84,0	85,4	89	85,8	79,6	92,9	94
Hospital Hanga Roa de Isla de Pascua														47,6	38,8	42,6	41	47

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

A nivel del Servicio de Salud se exhibe un **porcentaje de ocupación de camas** de 87,3%, año 2011, siendo el Instituto Nacional de Geriatria el más alto con un porcentaje de 94%, seguido esta vez por el Hospital del Salvador con un 96,7%, el Instituto Nacional Pedro Aguirre Cerda 82%, el Hospital Luis Calvo Mackenna con un 84,7%, el Instituto de Neurocirugía con un 79% y el I.N.E.R.-C. y T. con un 72,4%, todo ello en el año 2012.

Estas cifras muestran, que a pesar que el Servicio de Salud enfrenta una importante oferta de camas en el extrasistema en la atención cerrada, exhiben cifras altas en el uso del recurso cama.

- **Intervenciones Quirúrgicas**

La puesta en marcha del Hospital Luis Tisné Brousse, sustituye parte de la actividad quirúrgica de los Hospitales del Salvador y Luis Calvo Mackenna. De esta forma la actividad quirúrgica de dichos hospitales experimenta un descenso en el período, de un 24% y 23% respectivamente, equivalentes a 5.548 cirugías menos el 2012 respecto el 2002 en el caso del Hospital Del Salvador, y de 3.286 cirugías menos en el caso del Hospital Luis Calvo Mackenna, en igual período. En cambio, el Hospital Luis Tisné Brousse incrementa la actividad quirúrgica de manera significativa en igual período, pasando de 1.776 Cirugías el 2002 a 10.249 el año 2012, compensando de sobremana la disminución de los Hospitales del Salvador y Luis Calvo Mackenna, que alcanzaba, en conjunto, a 8.473.

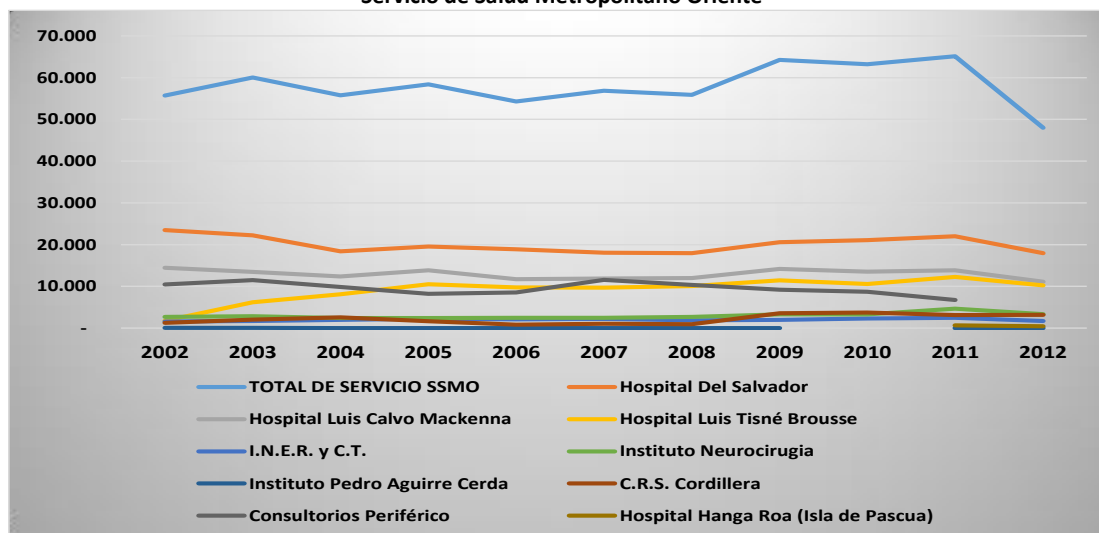
De lo anterior, se puede concluir que **la incorporación del Hospital Dr. Luis Tisné permitió un incremento en el acceso a las prestaciones de Intervenciones Quirúrgicas.**

Cuadro nº 168
Intervenciones Quirúrgicas Mayores y Menores Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL DE SERVICIO SSMO	55.886	59.758	54.176	55.771	51.241	55.193	54.752	55.692	60.056	55.781	54.277	56.839	55.872	46.935	63.190	65.113	48.017
Hospital Del Salvador	24.290	24.573	23.095	24.211	23.207	24.257	24.976	23.494	22.227	18.385	18.892	18.052	17.980	19.287	21.047	21.982	17.946
Hospital Luis Calvo Mackenna	17.125	17.902	17.439	16.029	14.839	14.768	14.409	14.425	13.479	12.383	11.726	11.874	11.990	12.572	13.509	13.834	11.139
Hospital Luis Tisné Brousse	-	-	-	-	-	-	-	1.776	6.188	8.128	9.730	9.665	10.095	10.276	10.588	12.263	10.249
I.N.E.R. y C.T.	1.275	1.664	1.264	1.387	1.337	1.295	1.534	1.565	1.712	1.979	2.103	2.180	1.850	1.882	2.327	2.463	1.725
Instituto Neurocirugia	2.192	2.374	2.476	2.394	2.439	2.471	2.502	2.683	2.861	2.435	2.458	2.468	2.672	2.918	3.294	4.658	3.357
Instituto Pedro Aguirre Cerda	387	605	371	309	67	44	59	40	35	6	16	17	13	-	-	13	4
C.R.S. Cordillera	-	7	411	1.117	805	1.028	942	1.254	2.045	2.585	805	1.028	942	-	3.725	3.140	3.169
Consultorios Periférico	10.617	12.633	9.120	10.324	8.547	11.330	10.330	10.455	11.509	9.880	8.547	11.555	10.330	-	8.700	6.760	
Hospital Hanga Roa (Isla de Pas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	642	428

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 94
Intervenciones Quirúrgicas Mayores y Menores Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Cuadro nº 169:
Participación de Intervenciones Quirúrgicas Por Establecimiento
Servicio de salud Metropolitano Oriente

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL DE SERVICIO SSMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospital Del Salvador	43%	41%	43%	43%	45%	44%	46%	42%	37%	33%	35%	32%	32%	41%	33%	34%	37%
Hospital Luis Calvo Mackenna	31%	30%	32%	29%	29%	27%	26%	26%	22%	22%	22%	21%	21%	27%	21%	21%	23%
Hospital Luis Tisné Brousse	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	10%	15%	18%	17%	18%	22%	17%	19%	21%
I.N.E.R. y C.T.	2%	3%	2%	2%	3%	2%	3%	3%	3%	4%	4%	4%	3%	4%	4%	4%	4%
Instituto Neurocirugia	4%	4%	5%	4%	5%	4%	5%	5%	5%	4%	5%	4%	5%	6%	5%	7%	7%
Instituto Pedro Aguirre Cerda	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
C.R.S. Cordillera	0%	0%	1%	2%	2%	2%	2%	2%	3%	5%	1%	2%	2%	0%	6%	5%	7%
Consultorios Periférico	19%	21%	17%	19%	17%	21%	19%	19%	19%	18%	16%	20%	18%	0%	14%	10%	0%
Hospital Hanga Roa (Isla de Pas	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

El Departamento de Estadística del SSMO señala no disponer de cifras para el año 2005.

La información para el 2012 aún no se encuentra disponible.

El cuadro anterior muestra que el Hospital del Salvador participa del 39% del total de Intervenciones Quirúrgicas para el año 2011, constituyéndose en el establecimiento asistencial más importante de la Red del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Le sigue el Hospital Calvo Mackenna que participa del 25% y el Hospital Luis Tisné Brousse con el 22% de participación en las cirugías totales del año 2011.

- **Partos y Nacimientos**

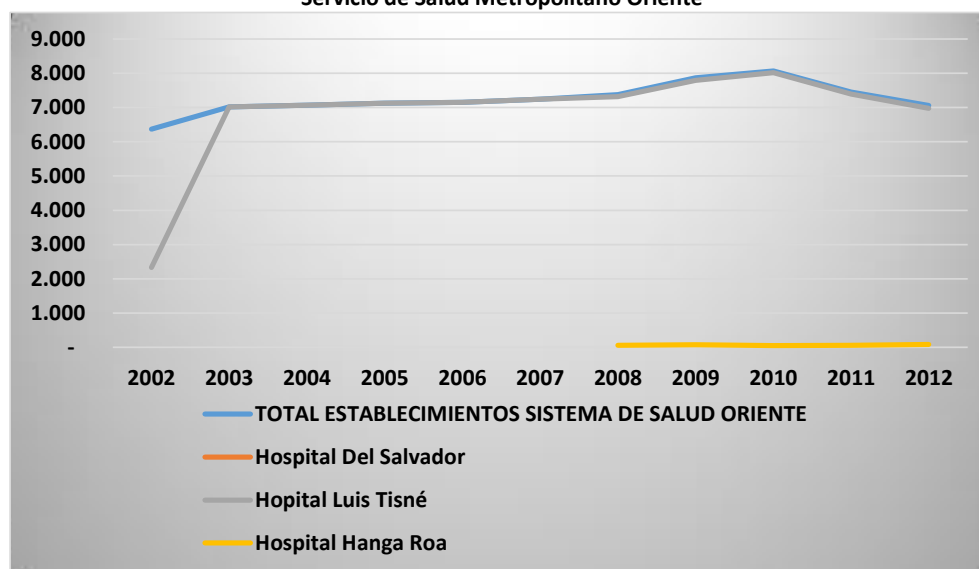
Los partos exhiben un **incremento** de un 11% el 2012 respecto del 2002. Cabe señalar, que a partir del año 2003, la totalidad del Servicio de Obstetricia y Ginecología se traslada al Hospital Luis Tisné, momento a partir del cual concentró la atención de partos del Servicio de Salud y atrajo por la cercanía geográfica a beneficiarias que si bien pertenecían al Servicio de Salud Oriente se dirigían al Hospital Sótero del Río del Servicio de Salud Sur Oriente.

Cuadro nº 170:
Número de Partos Por Establecimiento
Servicio de salud Metropolitano Oriente

AÑO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL ESTABLECIMIENTOS																		
SISTEMA DE SALUD ORIENTE	9.366	8.802	8.250	7.906	7.389	6.969	6.723	6.370	7.022	7.068	7.130	7.152	7.246	7.375	7.866	8.068	7.453	7.061
Hospital Del Salvador	9.365	8.801	8.249	7.906	7.387	6.969	6.723	4.040	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hopital Luis Tisné	-	-	-	-	-	-	-	2.330	7.022	7.068	7.130	7.152	7.246	7.318	7.789	8.014	7.392	6.974
Instituto de Neurocirugia	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C.R.S. Cordillera	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hospital Hanga Roa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	77	54	61	87

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 95:
Partos y Abortos Hospital del Salvador
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

- **Actividades de Apoyo Clínico**

En esta categoría se incluyen exámenes de laboratorio, Imagenología y procedimientos de Diagnóstico.

Los **exámenes de Laboratorio** se concentran en los Bioquímicos durante el período, alcanzando un 61% de participación para el año 2012. Son seguidos por los exámenes Hematológicos que se ubican en torno al 25%; en tanto, los Microbiológicos van disminuyendo su importancia relativa de 16% para el 2002 a un 6% en el 2012. Los de menor peso relativo corresponden a los exámenes de Orina que se ubica en el 3% el año 2012. Los restantes exámenes no superan el 3% de participación anual.

Cuadro nº 171:
Exámenes de Laboratorio Clínico Por Tipo
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

EXAMENES	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	1.902.687	2.035.838	2.260.721	2.493.989	2.581.203	2.851.282	2.851.345	3.168.935	3.584.206
Hematológicos	585.878	632.927	693.260	804.839	830.417	907.041	926.290	1.041.604	1.141.794
Bioquímicos	754.695	828.851	978.160	1.075.752	1.081.222	1.216.957	1.239.396	1.372.934	1.687.862
Hormonales	11.179	9.955	11.930	10.575	10.805	13.208	15.012	16.388	21.797
Genéticos	534	591	691	622	774	818	895	769	1.035
Inmunológicos	36.933	37.841	44.918	48.221	47.189	52.846		42.601	76.280
Microbiológicos	376.051	381.886	376.312	390.235	440.310	474.840	475.134	491.662	433.583
Determ. Dir. c/Paci	2.224	2.201	1.997	1.860	1.975	1.657	1.528	1.807	2.226
Deposiciones, Exud	20.441	22.388	23.936	25.508	24.510	23.285	23.057	21.059	24.211
Orina	114.752	119.198	129.517	136.377	144.001	160.630	170.033	180.111	195.418

Continuación Cuadro nº 171:

EXAMENES	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL	3.448.823	2.662.714	2.738.675	2.862.868	3.096.756	3.080.768	4.955.366	4.499.129
Hematológicos	1.040.052	845.111	893.002	791.392	859.023	875.508	1.158.121	1.146.354
Bioquímicos	1.679.371	1.339.303	1.353.143	1.559.341	1.677.305	1.686.037	3.070.663	2.723.227
Hormonales	24.212	15.272	29.962	27.897	30.255	33.839	66.384	64.259
Genéticos	1.301	1.414	1.947	2.233	2.374	2.588	2.541	889
Inmunológicos	92.692	89.229	95.165	100.367	115.502	122.730	167.170	167.949
Microbiológicos	367.989	276.837	264.412	275.633	303.173	255.776	235.918	248.202
Determ. Dir. c/Paci	2.052	1.585	1.750	1.562	1.393	1.104	1.106	1.076
Deposiciones, Exud	31.333	22.799	21.921	21.015	23.022	16.706	17.579	13.701
Orina	209.821	71.164	77.373	83.428	84.709	86.480	235.884	133.472

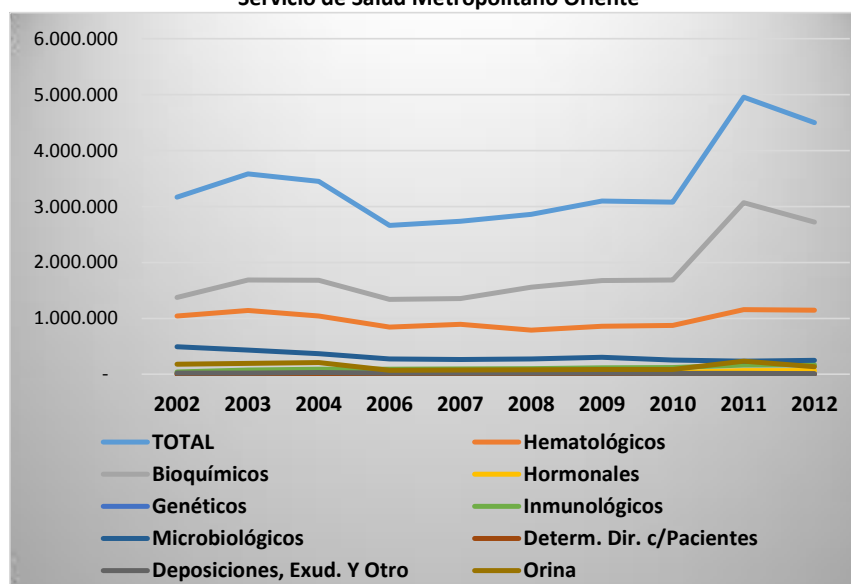
Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Cuadro nº 172:
Participación de Exámenes de Laboratorio Clínico Por Tipo
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

EXAMENES	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hematológicos	31%	31%	31%	32%	32%	32%	32%	33%	32%	30%	32%	33%	28%	28%	28%	23%	25%
Bioquímicos	40%	41%	43%	43%	42%	43%	43%	43%	47%	49%	50%	49%	54%	54%	55%	62%	61%
Hormonales	1%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Genéticos	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Inmunológicos	2%	2%	2%	2%	2%	2%	0%	1%	2%	3%	3%	3%	4%	4%	4%	3%	4%
Microbiológicos	20%	19%	17%	16%	17%	17%	17%	16%	12%	11%	10%	10%	10%	10%	8%	5%	6%
Determ. Dir. c/Paci	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Deposiciones, Exud	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%
Orina	6%	6%	6%	5%	6%	6%	6%	6%	5%	6%	3%	3%	3%	3%	3%	5%	3%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 96:
Exámenes de Laboratorio Por Tipo
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

El **análisis por establecimiento**, ubica al Hospital del Salvador por sobre el 60% de participación a nivel de Servicio de salud, seguido por el Hospital Luis Calvo Mackenna con el 21% para el año 2011. De igual modo, cabe hacer mención que el 21% de los exámenes corresponde al nivel primario.

Cuadro nº 173:
Exámenes de Laboratorio Según Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL DE SERVICIO	1.902.687	2.035.838	2.260.721	2.493.989	2.581.203	2.851.282	2.851.345	3.168.935	3.584.206	3.448.823	2.609.244	2.585.418	2.676.043	2.906.309	2.982.083	4.955.366
Hospital Del Salvad	1120259	1148697	1256990	1398447	1421589	1537988	1.465.072	1.533.670	1649667	1.481.597	1.465.527	1.456.513	1.583.865	1.748.195	1.788.116	2.542.881
Hospital Luis Calvo	350052	409870	481136	567908	580606	630411	614.875	660.589	682285	773.426	785.628	776.059	760.388	810.429	765.108	827.025
Hospital Luis Tisné	-	-	-	-	-	-	-	3389	21654	27.324	17.338	17.845	17.528	19.628	21.546	21.675
I.N.E.R. y C.T.	157799	172278	194073	187384	189.271	200795	227.560	240.082	252119	272.282	340.751	335.001	314.262	328.057	311.364	321.188
Instituto Neurocir.	33135	34990	37724	41980	42954	41023	29.316	36.219	43554	46.435	-	-	-	-	72.649	81.449
Instituto de Geriat	-	-	-	-	-	-	-	-	1462	1.027	-	-	-	-	-	-
Instituto Pedro Ag	177	117	46	35	13	10	4.967	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C.R.S. Cordillera		20	189	1424	1257	10154	23.841	66.887	190497	259.097	-	-	-	-	-	93.527
Hospital Hanga Roa											-	-	-	-	23.300	21.951
Atención Primaria	241265	269866	290563	296811	345513	430901	485.714	628.099	742.968	587.635	-	-	-	-		1.045.670

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Cuadro nº 174:
Participación de Exámenes de Laboratorio Por Establecimiento
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL DE SERVICIO SSMO																
Hospital Del Salvador	59%	56%	56%	56%	55%	54%	51%	48%	46%	43%	56%	56%	59%	60%	60%	51%
Hospital Luis Calvo Mackenna	18%	20%	21%	23%	22%	22%	22%	21%	19%	22%	30%	30%	28%	28%	26%	17%
Hospital Luis Tisné Brousse	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%
I.N.E.R. y C.T.	8%	8%	9%	8%	7%	7%	8%	8%	7%	8%	13%	13%	12%	11%	10%	6%
Instituto Neurocirugia	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	2%	2%
Instituto de Geriatria	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Instituto Pedro Aguirre Cerda	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
C.R.S. Cordillera	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	2%	5%	8%	0%	0%	0%	0%	0%	2%
Hospital Hanga Roa	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%
Atención Primaria	13%	13%	13%	12%	13%	15%	17%	20%	21%	17%	0%	0%	0%	0%	0%	21%

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

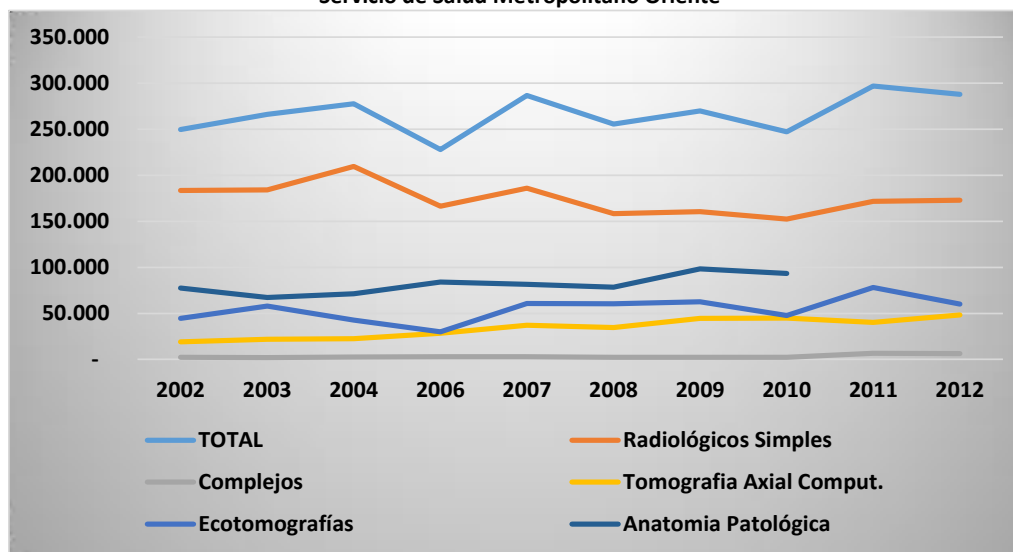
Por su parte, los **Exámenes Radiológicos** a nivel de servicio se incrementan en un 13% en el período 2012 respecto el año 2002. Los exámenes simples representan el 60% del total, por su parte las Ecografías se ubican en torno al 21% de participación, seguido por Ecotomografías y la Tomografías Axial Computarizada que se ubican entre el 21% y 17% de participación en los exámenes totales radiológicos. Respecto de los exámenes Complejos estos representan solo el 2% del total de exámenes.

Cuadro nº 175:
Procedimiento de Apoyo Diagnóstico
Exámenes Radiológicos
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

EXAMENES	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL	163.335	168.240	200.718	204.107	199.155	204.598	220.186	249.548	266.186	277.576	227.756	286.698	255.701	269.736	247.202	296.749	287.884
Radiológicos Simples	113.568	116.352	139.288	147.064	139.271	141.064	157.355	183.437	184.129	209.697	166.473	185.950	158.383	160.544	152.359	171.635	172.991
Complejos	3.576	3.894	4.664	3.671	3.034	2.762	4.340	2.361	1.990	2.529	2.993	2.851	2.472	2.247	2.441	6.754	6.356
Tomografia Axial	13.464	15.415	15.942	11.077	16.437	17.832	15.933	19.211	21.991	22.659	28.382	37.080	34.508	44.496	44.797	40.132	48.278
Ecotomografías	14.720	14.977	20.135	19.399	18.392	21.402	42.558	44.539	58.076	42.691	29.908	60.817	60.338	62.449	47.605	78.228	60.259
	18.007	17.602	20.689	22.896	22.021	21.538											
Anatomía Patológica							77.411	67.350	71.278	84.040	81.708	78.568	98.364	93.371			92.117

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Gráfico 97:
Exámenes Radiológicos
Servicio de Salud Metropolitano Oriente



Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Como se observa en el siguiente cuadro, el Hospital del Salvador concentra el 25% de los exámenes radiológicos realizados en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente para el año 2011. Le sigue el Hospital Luis Calvo Mackenna con un 30%, el C.R.S. Cordillera con un 20%, el Instituto de Neurocirugía con un 10%, el Instituto del Tórax con un 8% y finalmente el Hospital Luis Tisné B. con un 6% de participación.

Cuadro nº 176
Total Exámenes Radiológicos
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

ESTABLECIMIENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL DE SERVICIO S	163.335	168.240	200.718	204.107	199.155	241.367	264.242	249.548	266.186	277.576	46.093	245.853	251.945	210.089	232.345	185.566	260.270
Hospital Del Salvador	54.516	55.219	74.958	72.971	60.421	100.567	110.554	79.560	69.474	64.877		105.770	118.792	81.537	86.091	52.616	63.855
Hospital Luis Calvo Mackenna	58.526	59.959	60.504	64.235	62.400	60.691	65.738	71.004	73.970	81.253		77.709	76.772	71.316	76.450	71.958	77.626
Hospital Luis Tisné Brousse								2.381	7.382	7.924		29.335	28.108	30.851	41.262	15.536	14.316
I.N.E.R. y C.T.	18.102	18.592	19.664	18.028	18.826	18.594	23.732	23.549	21.788	21.990		27.168	23.171	21.452	23.439	24.336	20.281
Instituto Neurocirugía	17.883	19.228	19.135	15.508	21.941	25.565	22.754	21.942	22.864	21.193						21.120	24.855
Instituto Pedro Aguirre	4.691	4.057	2.832	4.354	3.858	4.569	5.009	5.881	6.169	5.861		5.871	5.102	4.933	5.103		3.043
C.R.S. Cordillera	-	1.453	11.702	15.635	17.856	17.230	18.133	26.799	45.151	52.425	46.093						51.914
Hospital Hanga Roa	-							-									4.380
Atención Primaria	9.617	9.732	11.923	13.376	13.853	14.151	18.322	18.432	19.388	22.053							36.479

Fuente: Anuarios Estadísticos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente. No se dispone detalle por establecimiento para 2012.

d) Análisis Financiero: Descripción Presupuestaria- Financiera de la red Asistencial posterior a la incorporación del Hospital Luis Tisné B.

El Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B. depende administrativamente del Servicio de Salud Metropolitano Oriente y por tanto la información de presupuesto está contenida dentro de la información del Servicio de Salud. Sin embargo, sólo con la implementación del SIGFE la información de ejecución presupuestaria se dispone *a nivel de establecimiento* a contar del año 2006.

El análisis de la situación ex post abarcará el período comprendido entre los años 2001 al 2012. El análisis financiero abarcará aspectos relativos a presupuesto de ingresos y gastos revisando su nivel y composición (considerando para tal efecto el presupuesto final, esto es, el presupuesto inicial más todas las modificaciones presupuestarias realizadas durante el año), ejecución de ingresos y gastos (considerando los ingresos percibidos y los gastos devengados), donde se revisará su nivel y composición y su comparación respecto al presupuesto autorizado para el período en estudio. Adicionalmente, se analizará el resultado operacional. Para el análisis se usó el clasificador presupuestario vigente al año 2012, razón por la cual fue necesario compatibilizar el clasificador presupuestario para los años anteriores al 2006 de manera de llevar las cuentas de dichos años a su actual clasificación.

El análisis se realizará en cifras reales expresadas en moneda del mes de diciembre del año 2012. Para inflatar las series nominales se empleó la serie de IPC que publica el Instituto Nacional de Estadísticas.

Cabe precisar que a la fecha de elaboración del presente informe no se ha logrado tener acceso a la información de presupuesto de ingresos y gastos del Hospital Luis Tisné, pese a haber sido solicitada al establecimiento. Al respecto es necesario puntualizar que este establecimiento corresponde a uno de aquellos denominados “Autogestionados” y que en tal calidad, su presupuesto es definido por resolución emanada de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a diferencia de lo que ocurre con el Hospital Padre Hurtado que por tratarse de un establecimiento experimental, su presupuesto está definido en la propia Ley de Presupuestos.

i) Presupuesto de Ingresos y Gastos Servicio de Salud Metropolitano Oriente

• Presupuesto de Ingresos

El Servicio de Salud Metropolitano Oriente **elevó su presupuesto** de ingreso total entre los años 2001 al 2012 desde \$89,99 a 193,5 mil millones (en moneda de diciembre de 2012), lo que representó un incremento real de 115%.

La partida de Transferencias Corrientes fue la que evidenció el mayor incremento absoluto con un monto de \$107,5 mil millones que representó un crecimiento del 153,5%, seguida por la partida Recuperación de Préstamos con un incremento absoluto de \$253,9 millones que representó un crecimiento del 33,6%. Por su parte, las partidas con mayor decrecimiento en el período fueron Ingresos de Operación y Transferencias para Gastos de Capital con una reducción absoluta de \$1.974 y \$1.692 mil millones, respectivamente.

El cuadro muestra el presupuesto de ingresos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente para el período en análisis, en moneda de diciembre de 2012.

Cuadro nº 177
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Presupuesto de Ingresos años 2001 al 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Subt. 5 Transf Corrientes	70.069.972	76.026.421	83.653.783	93.006.873	101.716.130	115.871.759	117.827.390
0502007 APS	8.929.443	10.099.524	11.868.783	13.075.554	16.202.451	18.001.406	20.158.953
0502008 PPV	0	30.922.248	37.030.410	42.015.141	49.256.090	52.742.978	60.510.148
0502009 PPI	0	31.608.838	31.267.332	34.440.507	33.144.385	41.697.530	33.551.975
0502010 SUBSEC. SALUD PUBL.	0	312.014	467.852	344.058	261.504	197.622	380.889
0502013 SUBSEC. REDES ASIST	0	0	0	0	0	0	0
0502022 F.U. PREST. FAM. Y S.C.	0	3.083.797	3.019.407	3.131.612	2.851.700	3.232.223	3.225.425
Subt. 6 Rentas de la Propied.	33.763	0	0	0	51.322	54.098	54.525
Subt. 7 Ingresos de Operación	6.195.331	7.083.210	6.940.153	5.755.387	5.865.128	5.178.989	4.840.970
Subt. 8 Otros Ing. Corrientes	2.080.479	1.264.859	1.650.733	1.431.418	1.659.127	1.738.495	1.630.310
Subt. 10 Vta. Activos No Financ.	1.881	0	0	0	739	0	101.859
Subt. 11 Vta. Activos Financ.	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 12 Recuperación Pptmos.	756.766	710.676	981.691	742.463	921.018	829.921	895.887
Subt. 13 Transf. Para Gastos Capital	10.111.451	3.046.618	1.379.570	2.285.279	1.898.453	5.013.484	1.063.200
Subt. 15 Saldo Inicial de Caja	736.489	42.786	42.332	41.328	39.868	0	2.150.235
Total	89.986.132	88.174.570	94.648.262	103.262.748	112.151.785	128.686.746	128.564.376

Continuación Cuadro nº 177

Subtítulo	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 5 Transf Corrientes	127.736.394	155.268.844	162.508.948	166.644.249	177.599.081
0502007 APS	22.425.778	26.868.958	30.462.026	33.050.652	38.209.344
0502008 PPV	60.186.280	63.597.145	63.056.443	60.449.053	84.240.696
0502009 PPI	41.504.576	59.652.477	66.855.895	71.872.163	54.472.500
0502010 SUBSEC. SALUD PUBL.	373.710	653.280	882.533	1.142.434	530.109
0502013 SUBSEC. REDES ASIST	107.371	114.475	1.252.051	129.947	146.432
0502022 F.U. PREST. FAM. Y S.C.	3.138.679	4.382.509	0	0	0
Subt. 6 Rentas de la Propied.	50.590	45.660	45.006	80.415	108.728
Subt. 7 Ingresos de Operación	4.707.901	5.617.746	5.537.301	3.832.655	4.221.362
Subt. 8 Otros Ing. Corrientes	1.929.992	2.096.557	2.324.082	2.538.170	2.068.104
Subt. 10 Vta. Activos No Financ.	3.073	0	0	0	0
Subt. 11 Vta. Activos Financ.	0	0	0	0	0
Subt. 12 Recuperación Pptmos.	1.017.098	927.561	1.241.641	741.829	1.010.689
Subt. 13 Transf. Para Gastos Capital	1.315.124	2.994.389	15.137.032	14.613.196	8.418.794
Subt. 15 Saldo Inicial de Caja	0	136.036	0	31.738	31.273
Total	136.760.172	167.086.792	186.794.010	188.482.253	193.458.031

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

En relación a la **composición del presupuesto de ingresos**, éste mostró un cambio en el período en estudio. En efecto, el Subtítulo de Transferencias corrientes elevó su participación desde el 77,9% al 91,8% entre los años 2001 y 2012. Por su parte, el subtítulo Transferencias para Gastos de Capital redujo su participación desde el 11,2% al 4,4% en igual período de análisis, lo que resulta consistente con el hecho que en el año 2001 se contemplaban los recursos para la construcción del Hospital Santiago Oriente.

El siguiente cuadro muestra la composición del presupuesto de ingresos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente a nivel de subtítulo para el período comprendido entre los años 2001 al 2012, en moneda de diciembre del año 2012.

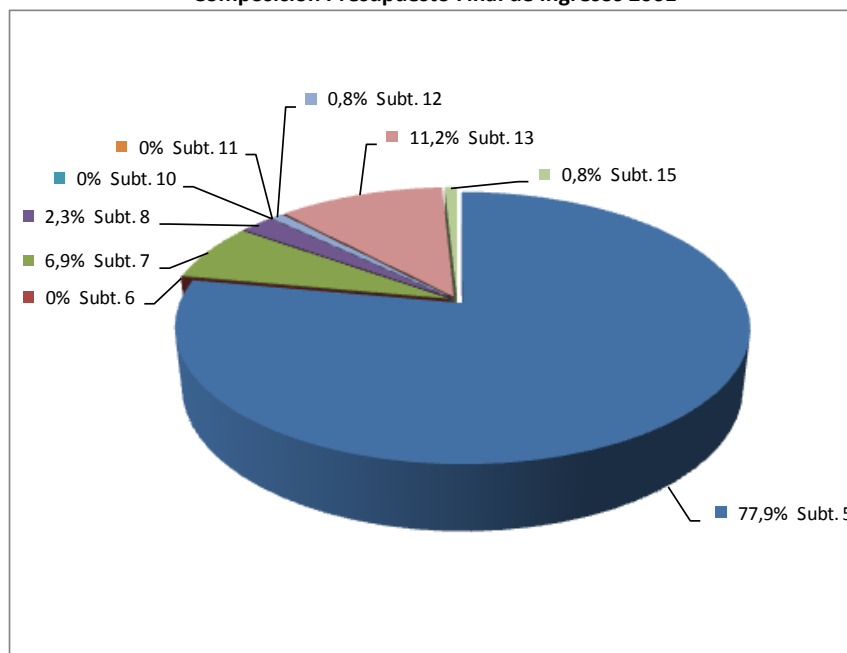
Cuadro nº 178
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Composición del Presupuesto de Ingresos años 2001 - 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 5 Transf Corrientes	77,9%	86,2%	88,4%	90,1%	90,7%	90,0%	91,6%	93,4%	92,9%	87,0%	88,4%	91,8%
0502007 APS	9,9%	11,5%	12,5%	12,7%	14,4%	14,0%	15,7%	16,4%	16,1%	16,3%	17,5%	19,8%
0502008 PPV	0,0%	35,1%	39,1%	40,7%	43,9%	41,0%	47,1%	44,0%	38,1%	33,8%	32,1%	43,5%
0502009 PPI	0,0%	35,8%	33,0%	33,4%	29,6%	32,4%	26,1%	30,3%	35,7%	35,8%	38,1%	28,2%
0502010 SUBSEC. SALUD PUBL.	0,0%	0,4%	0,5%	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,5%	0,6%	0,3%
0502013 SUBSEC. REDES ASIST	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,7%	0,1%	0,1%
0502022 F.U. PREST. FAM. Y S.C.	0,0%	3,5%	3,2%	3,0%	2,5%	2,5%	2,5%	2,3%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 6 Rentas de la Propied.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Subt. 7 Ingresos de Operación	6,9%	8,0%	7,3%	5,6%	5,2%	4,0%	3,8%	3,4%	3,4%	3,0%	2,0%	2,2%
Subt. 8 Otros Ing. Corrientes	2,3%	1,4%	1,7%	1,4%	1,5%	1,4%	1,3%	1,4%	1,3%	1,2%	1,3%	1,1%
Subt. 10 Vta. Activos No Financ.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 11 Vta. Activos Financ.	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 12 Recuperación Pptmos.	0,8%	0,8%	1,0%	0,7%	0,8%	0,6%	0,7%	0,7%	0,6%	0,7%	0,4%	0,5%
Subt. 13 Transf. Para Gastos Capital	11,2%	3,5%	1,5%	2,2%	1,7%	3,9%	0,8%	1,0%	1,8%	8,1%	7,8%	4,4%
Subt. 15 Saldo Inicial de Caja	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

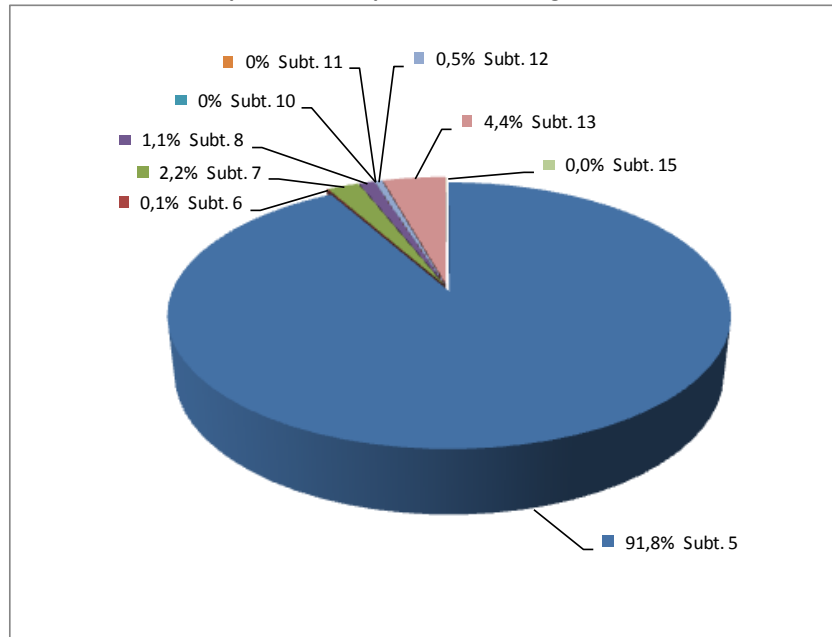
Por su parte, los gráficos siguientes muestran la composición del presupuesto de Ingresos para el Servicio de Salud Metropolitano Oriente para los años 2001 y 2012, respectivamente.

Gráfico 98
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Composición Presupuesto Final de Ingresos 2001



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

Gráfico 99
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Composición Presupuesto Final de Ingresos 2012



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

- **Presupuesto de Gastos**

El Servicio de Salud Metropolitano Oriente **aumentó su presupuesto** de gastos entre los años 2001 y 2012 desde \$89,99 a \$193,5 mil millones (en moneda de diciembre de 2012), lo que representó un incremento real de 115%.

La partida de Gasto en Bienes y Servicios de Consumo fue la que evidenció el mayor incremento absoluto con un monto de \$54.228 mil millones, que representó un crecimiento del 262,2%; seguida por la partida Gasto en Personal, con un incremento absoluto de \$36.469 mil millones que representó un crecimiento del 97,4%; la partida Transferencias Corrientes con un aumento absoluto de \$25.007 mil millones, que representó un crecimiento del 244,3%; y la partida Adquisición de Activos no Financieros, con un aumento de \$3.020 mil millones, que representó un incremento de 771,3%. Por su parte, la partida con mayor decrecimiento en el período fue Iniciativas de Inversión, con una reducción absoluta de \$4.169 mil millones, que representó un decremento de 41,2%.

Cuadro nº 179:
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Presupuesto de Gastos años 2001 – 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Subt. 21 Gastos en Personal	37.425.582	39.601.012	39.190.387	43.656.153	45.039.049	48.461.358	50.151.903
Subt. 22 Bienes y Servicios de Consumo	20.680.183	25.115.992	30.221.589	32.683.763	38.507.011	45.731.853	47.179.715
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	6.382.260	6.978.826	7.151.188	7.490.824	7.576.571	9.525.786	9.472.590
Subt. 24 Transferencias Corrientes	10.237.078	10.669.680	13.083.107	15.034.581	15.957.148	17.496.245	19.195.115
2401395 Pueblos Indígenas	7.210	9.807	9.896	9.881	0	0	0
2401461 Salud Mental	5.768	4.104	4.061	4.054	3.710	3.617	3.354
2403298 APS	8.929.443	9.937.212	11.719.897	12.883.702	15.826.332	17.492.628	19.191.760
2403396 Campaña de Invierno	0	0	0	0	0	0	0
Resto 24	1.294.658	718.557	1.349.253	2.136.943	127.106	0	0
Subt. 25 Integros al Fisco	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 29 Adquisición Activos No Financ.	391.613	481.040	889.183	1.290.471	892.527	2.154.812	2.228.743
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	10.111.451	3.046.618	1.311.874	1.086.583	1.759.650	4.314.224	300.261
Subt. 34 Servicio de la Deuda	4.197.840	2.238.616	2.655.203	1.977.576	413.134	626.794	0
Subt. 35 Saldo Final de Caja	560.123	42.786	145.731	42.798	2.008.926	375.675	36.049
Total	89.986.132	88.174.570	94.648.262	103.262.748	112.154.016	128.686.746	128.564.376

Continuación Cuadro nº 179:

Subtítulo	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 21 Gastos en Personal	52.648.163	65.345.665	66.904.031	67.684.728	73.894.632
Subt. 22 Bienes y Servicios de Consumo	49.204.900	55.995.340	64.584.766	70.345.647	74.908.462
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	10.012.188	15.238.770	4.798.232	83.958	25.500
Subt. 24 Transferencias Corrientes	21.418.477	25.394.914	28.216.312	30.809.249	35.244.254
2401395 Pueblos Indígenas	0	0	28.556	0	0
2401461 Salud Mental	3.229	3.477	3.428	3.391	3.435
2403298 APS	21.384.979	25.358.841	28.161.877	30.805.858	35.240.819
2403396 Campaña de Invierno	30.268	32.595	22.451	0	0
Resto 24	0	0	0	0	0
Subt. 25 Integros al Fisco	0	0	0	0	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0	0	0	0	0
Subt. 29 Adquisición Activos No Financ.	2.246.317	1.766.751	2.707.335	6.355.727	3.412.130
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	905.010	2.702.427	13.022.243	8.961.978	5.941.780
Subt. 34 Servicio de la Deuda	0	608.792	6.527.944	4.209.228	0
Subt. 35 Saldo Final de Caja	325.117	34.133	33.147	31.738	31.273
Total	136.760.172	167.086.792	186.794.010	188.482.253	193.458.031

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

La evolución del presupuesto de gastos que evidencia el Servicio de Salud Metropolitano Oriente se explica por las mismas razones expuestas anteriormente para el Servicio de Salud metropolitano Sur Oriente.

En efecto, el aumento en torno al 97% del gasto en el subtítulo 21 entre los años 2001 y 2012 tiene su origen, por una parte, en el aumento de la dotación de personal que registró el Servicio entre dichos años, cuya dotación de horas semanales tuvo un crecimiento del 15,1%. Por otra parte, también explica el aumento del presupuesto de gasto real del subtítulo 21 el ya comentado efecto de incremento real de las remuneraciones en el sector.

El aumento de 262,2% del presupuesto de gastos del subtítulo 22 del Servicio entre los años 2001 y 2012, y tal como se mencionó para el caso del Servicio de Salud Sur Oriente, se explicaría por los mismos tres fenómenos ya descritos.

El aumento de producción salvo el caso de partos e intervenciones quirúrgicas, entre los años 2001 y el 2012: controles y consultas crecieron en 8,1%, egresos en 4,4%, exámenes de laboratorio en 57,8% e imagenología en 30,7%.

A su vez, las prestaciones de salud tendieron a complejizarse durante el período analizado. En efecto, si bien las intervenciones quirúrgicas se redujeron a nivel agregado, las cirugías mayores mostraron un alza. Junto a lo anterior, las prestaciones de salud intensificaron el uso de servicios de apoyo diagnóstico, así la relación de exámenes de laboratorio por controles y consultas subió de 1,6 en el año 2001 a 2,4 en el año 2012, en tanto que la relación de exámenes de imagenología por controles y consultas se elevó de 0,12 a 0,15 entre los mismos años.

Por último, el ya comentado efecto del aumento de precios de insumos y medicamentos.

En relación a la **composición del presupuesto de gastos**, éste muestra un cambio en el período en estudio. En el año 2001 el Subtítulo 21 Gastos en Personal participaba con el 41,6%, en tanto que para el año 2012 su participación bajó al 38,2%. Por su parte, el Subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo subió su participación desde un 23,0% en el año 2001 a un 38,7% en el año 2012. A su turno, el subtítulo 23 Prestaciones de Seguridad Social redujo su participación desde el 7,1% al 0% en el período en estudio, en tanto que el subtítulo 24 Transferencias Corrientes elevó su participación desde un 11,4% al 18,2% en igual período. Por último, el subtítulo 31 Iniciativas de inversión redujo su participación desde un 11,2% a 3,1%, consistente con la construcción del Hospital Santiago Oriente.

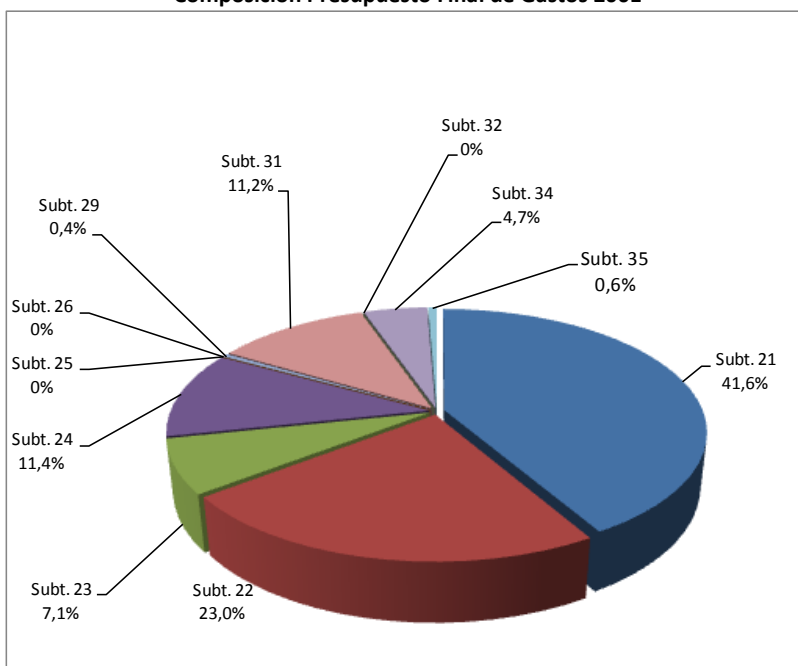
Cuadro nº 180:
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Composición del Presupuesto de Gastos años 2001 – 2012

Subtítulo	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 21 Gastos en Personal	41,6%	44,9%	41,4%	42,3%	40,2%	37,7%	39,0%	38,5%	39,1%	35,8%	35,9%	38,2%
Subt. 22 Bienes y Servicios de Consumo	23,0%	28,5%	31,9%	31,7%	34,3%	35,5%	36,7%	36,0%	33,5%	34,6%	37,3%	38,7%
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	7,1%	7,9%	7,6%	7,3%	6,8%	7,4%	7,4%	7,3%	9,1%	2,6%	0,0%	0,0%
Subt. 24 Transferencias Corrientes	11,4%	12,1%	13,8%	14,6%	14,2%	13,6%	14,9%	15,7%	15,2%	15,1%	16,3%	18,2%
2401395 Pueblos Indígenas	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2401461 Salud Mental	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2403298 APS	9,9%	11,3%	12,4%	12,5%	14,1%	13,6%	14,9%	15,6%	15,2%	15,1%	16,3%	18,2%
2403396 Campaña de Invierno	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Resto	1,4%	0,8%	1,4%	2,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 25 Integros al Fisco	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 29 Adquisición Activos No Financ.	0,4%	0,5%	0,9%	1,2%	0,8%	1,7%	1,7%	1,6%	1,1%	1,4%	3,4%	1,8%
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	11,2%	3,5%	1,4%	1,1%	1,6%	3,4%	0,2%	0,7%	1,6%	7,0%	4,8%	3,1%
Subt. 34 Servicio de la Deuda	4,7%	2,5%	2,8%	1,9%	0,4%	0,5%	0,0%	0,0%	0,4%	3,5%	2,2%	0,0%
Subt. 35 Saldo Final de Caja	0,6%	0,0%	0,2%	0,0%	1,8%	0,3%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres

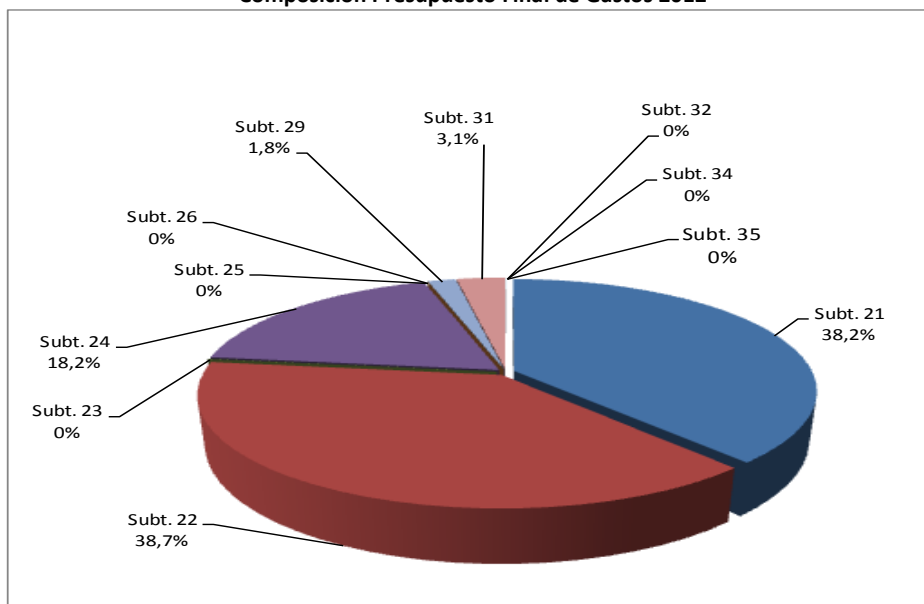
Por su parte, los siguientes gráficos muestran la composición del presupuesto de Gastos para el Servicio de Salud Metropolitano Oriente para los años 2001 y 2012, respectivamente. En ellos se aprecia la pérdida de participación del subtítulo 21 y el aumento de la participación del subtítulo 22 y 24 en el período.

Gráfico 100
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Composición Presupuesto Final de Gastos 2001



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

Gráfico 101
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Composición Presupuesto Final de Gastos 2012



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

ii) **Ejecución de Ingresos y Gastos Servicio de Salud Metropolitano Oriente**

• **Ejecución de Ingresos**

El Servicio de Salud Metropolitano Oriente **incrementó sus ingresos** percibidos desde un monto total de \$86,1 a \$193,5 mil millones entre los años 2001 y 2012, lo que representó un crecimiento del 124,6% en el período (en moneda de diciembre de 2012). Dicho incremento está explicado por el crecimiento de los subtítulos Transferencias Corrientes, con un aumento neto de \$108,5 mil millones; Recuperación de Préstamos con un aumento de \$503 millones y Otros Ingresos Corrientes con \$389 millones de incremento en el período. Por su parte, el subtítulo Transferencias para Gastos de Capital experimentó una reducción de \$1,4 mil millones en igual período.

Cuadro nº 181:
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Ejecución de Ingresos Percibidos año 2001 al 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Subt. 5 Transferencias Corrientes	69.036.619	75.143.108	83.445.186	92.593.227	101.613.773	115.954.280	117.401.061
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	45.750	0	0	0	60.939	54.413	54.144
Subt. 7 Ingresos de Operación	4.906.249	5.094.752	5.510.705	5.802.256	5.544.587	5.250.065	4.686.005
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	1.931.616	887.878	1.241.600	1.064.960	1.776.889	1.753.261	1.823.832
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	3.219	198.102	5.211	2.142	739	0	101.859
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 12 Recuperación Prestamos	498.857	761.778	914.278	710.053	883.030	830.319	957.323
Subt. 13 Transferencias Para Gastos de Capital	9.717.463	3.046.618	1.269.465	1.047.701	1.193.409	4.727.329	828.391
Total	86.139.773	85.132.235	92.386.445	101.220.340	111.073.366	128.569.667	125.852.615

Continuación Cuadro nº 181:

Subtítulo	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 5 Transferencias Corrientes	127.252.151	154.365.423	161.828.746	166.583.112	177.509.597
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	53.890	80.617	92.269	100.914	97.005
Subt. 7 Ingresos de Operación	4.597.147	4.324.468	4.446.602	4.005.732	4.232.046
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	1.775.749	2.431.093	2.655.995	2.611.217	2.320.958
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	3.073	2.063	0	0	0
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0	0	0	0	0
Subt. 12 Recuperación Prestamos	1.036.912	974.169	934.314	744.843	1.002.483
Subt. 13 Transferencias Para Gastos de Capital	1.815.743	1.837.345	15.135.057	14.499.527	8.292.774
Total	136.534.665	164.015.178	185.092.982	188.545.346	193.454.863

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

La **composición de los ingresos percibidos** evidenció cambios importantes en el período en estudio. En efecto, el subtítulo de Transferencias Corrientes aumentó su participación desde un 80,1% a un 91,8% entre los años 2001 y 2012. Por su parte, el subtítulo Transferencias para Gastos de Capital mostró una reducción en su participación sobre los ingresos percibidos totales pasando del 11,3% en el año 2001 al 4,3% en el año 2012, lo que resulta consistente con el período de construcción del Hospital Santiago Oriente. Otros subtítulos que evidenciaron una reducción en su participación fueron el subtítulo Ingresos de Operación que pasó del 5,7% al 2,2% y Otros Ingresos Corrientes que bajó su participación desde un 2,2% al 1,2% durante el período en estudio.

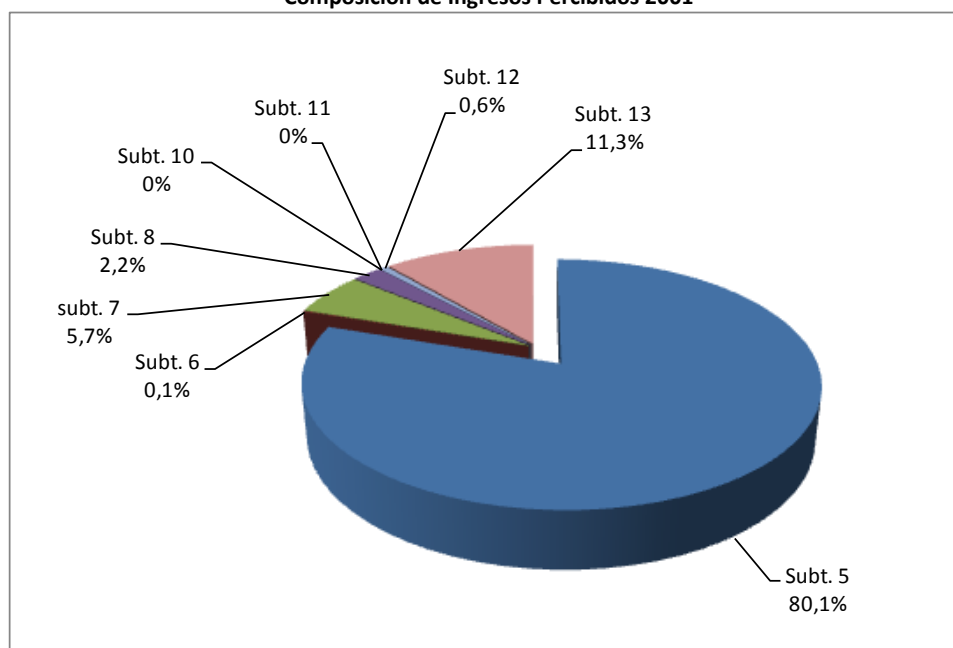
Cuadro nº 182:
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Composición de Ejecución de Ingresos Percibidos año 2001 al 2012

Subtítulo	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 5 Transferencias Corrientes	80,1%	88,3%	90,3%	91,5%	91,5%	90,4%	94,0%	93,8%	94,8%	87,1%	89,0%	92,0%
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 7 Ingresos de Operación	5,7%	6,0%	6,0%	5,7%	5,0%	3,5%	3,1%	2,7%	2,0%	1,9%	1,6%	1,6%
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	2,2%	1,0%	1,3%	1,1%	1,6%	1,3%	1,4%	1,2%	1,3%	1,3%	1,0%	1,1%
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 12 Recuperación Prestamos	0,6%	0,9%	1,0%	0,7%	0,8%	0,6%	0,7%	0,7%	0,5%	0,5%	0,4%	0,5%
Subt. 13 Transf. Para Gastos de Capital	11,3%	3,6%	1,4%	1,0%	1,1%	4,1%	0,7%	1,5%	1,2%	9,1%	8,0%	4,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

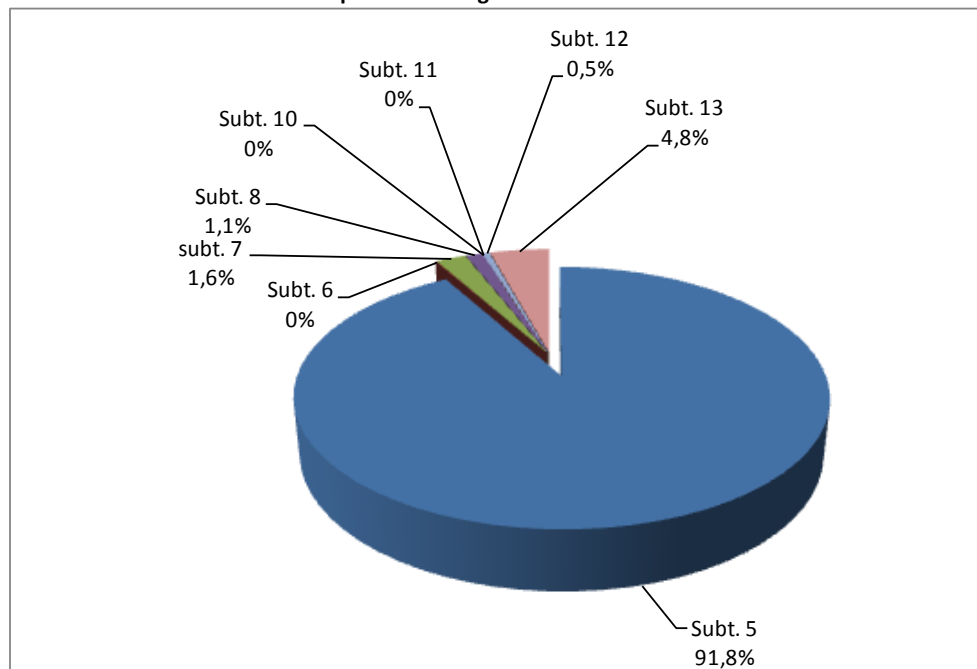
Los gráficos muestran la composición de los Ingresos percibidos para el Servicio de Salud Metropolitano Oriente para los años 2001 y 2012, respectivamente.

Gráfico 102
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Composición de Ingresos Percibidos 2001



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

Gráfico 103:
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Composición de Ingresos Percibidos 2012



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos

En términos del **grado de cumplimiento de lo presupuestado**, la ejecución de los ingresos evidenció una mejoría entre los años 2001 y 2012. En efecto, los ingresos percibidos totales llegaron al 95,7% de lo presupuestado para el año 2001 (\$86,14 mil millones versus \$89,99 mil millones, respectivamente), en tanto que para el año 2012 los ingresos percibidos cumplieron prácticamente en un 100% el marco presupuestario de ingresos definido (\$193.454.863 mil respecto a \$193.458.031).

En el año 2001 la mayor sub ejecución se observó en el subtítulo 7 Ingresos de Operación con \$1,3 mil millones que significó un 20,8% de sub ejecución; el subtítulo 5 Transferencias Corrientes con \$1,03 mil millones que significó un 1,5% de sub ejecución y el subtítulo 13 Transferencias para Gastos de Capital con \$394 millones que representó una sub ejecución del 3,9% respecto al presupuesto.

Para el año 2012 la mayor y prácticamente única sub ejecución se evidenció en el subtítulo 13 Transferencias para Gastos de Capital con \$126 millones que representó un 1,5% de sub ejecución respecto de lo presupuestado. Para este mismo año, el subtítulo 8 Otros Ingresos Corrientes mostró una sobre ejecución que alcanzó a \$252,9 millones lo que representó un 12,2% de mayor ejecución respecto de lo presupuestado.

Cuadro nº 183:
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Ejecución de Ingresos Percibidos año 2001 y 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2001				2012			
	Presupuesto Ingresos	Ingresos Percibidos	% Ejecución	Monto Subejecución	Presupuesto Ingresos	Ingresos Percibidos	% Ejecución	Monto Subejecución
Subt. 5 Transferencias Corrientes	70.069.972	69.036.619	98,5%	1.033.353	177.599.081	177.509.597	99,9%	89.484
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	33.763	45.750	0,0%	-11.987	108.728	97.005	0,0%	11.723
Subt. 7 Ingresos de Operación	6.195.331	4.906.249	79,2%	1.289.082	4.221.362	4.232.046	100,3%	-10.684
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	2.080.479	1.931.616	92,8%	148.863	2.068.104	2.320.958	112,2%	-252.854
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	1.881	3.219	-	-1.338	0	0	-	0
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%	0
Subt. 12 Recuperación Préstamos	756.766	498.857	65,9%	257.910	1.010.689	1.002.483	99,2%	8.206
Subt. 13 Transf. Para Gastos Capital	10.111.451	9.717.463	96,1%	393.988	8.418.794	8.292.774	98,5%	126.020
Subt. 15 Saldo Inicial de Caja	736.489	0	0,0%	736.489	31.273	0	0,0%	31.273
Total	89.986.132	86.139.773	95,7%	3.846.359	193.458.031	193.454.863	100,0%	3.168

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

- **Ejecución de Gastos**

El Servicio de Salud Metropolitano Oriente **aumentó su nivel de gasto devengado** desde un total de \$86,4 mil millones en el año 2001 a \$196,5 mil millones en el año 2012 (en moneda de diciembre de 2012), lo que representó un crecimiento de 127,3% para el período. El Subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo es el que evidencia el mayor incremento con un monto de \$59,6 mil millones que equivale a un 337,5% de crecimiento; le sigue el subtítulo 21 Gastos en Personal con un monto de \$37,8 mil millones que representó un aumento del 101,9%. Por su parte, el subtítulo 24 Transferencias Corrientes registró un aumento de \$24,6 mil millones con un 233,9% de crecimiento en el período.

Por su parte, los subtítulos 23 Prestaciones de Seguridad Social y 31 Iniciativas de Inversión son los que mostraron reducciones en el período, las que alcanzaron a \$6,7 mil millones y 4,3 mil millones, respectivamente.

Cuadro nº 184
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Ejecución de Gastos año 2001 al 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Subt. 21 Gastos en Personal	37.127.010	38.395.428	39.743.783	43.629.953	44.830.007	48.296.571	49.992.373
Subt. 22 Bienes y Servicios de Consumo	17.667.398	24.126.246	28.958.387	34.542.103	37.864.123	43.869.999	47.521.193
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	6.708.190	6.833.281	7.143.115	7.031.596	7.562.616	9.269.146	9.436.160
Subt. 24 Transferencias Corrientes	10.530.927	11.300.406	13.084.672	14.235.861	16.074.894	17.641.339	19.221.284
Subt. 25 Integros al Fisco	11.243	0	0	0	0	0	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 29 Adquisición Activos No Financ.	458.461	622.643	0	0	965.613	1.623.596	2.124.063
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	10.187.036	3.649.520	2.543.920	3.085.316	1.082.610	4.288.426	274.452
Subt. 32 Préstamos	-473.298	0	0	0	0	0	0
Subt. 34 Servicio de la Deuda	4.224.794	3.350.522	2.730.513	1.979.045	2.376.185	934.542	0
Total Gastos Devengados	86.441.760	88.278.046	94.204.390	104.503.875	110.756.048	125.923.619	128.569.525

Continuación Cuadro nº 184

Subtítulo	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 21 Gastos en Personal	53.506.840	65.725.044	67.074.504	67.414.237	74.954.055
Subt. 22 Bienes y Servicios de Consumo	49.109.943	65.263.602	64.506.149	70.592.662	77.286.920
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	9.780.247	14.560.433	4.718.860	67.230	24.750
Subt. 24 Transferencias Corrientes	21.418.477	24.935.679	28.045.615	30.749.477	35.161.780
Subt. 25 Integros al Fisco	0	0	0	0	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0	0	0	0	0
Subt. 29 Adquisición Activos No Financ.	1.859.942	2.237.692	2.678.427	6.290.970	3.223.461
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	784.011	1.651.257	13.000.441	8.900.810	5.849.165
Subt. 32 Préstamos	0	0	0	0	0
Subt. 34 Servicio de la Deuda	325.117	608.792	9.153.419	4.209.190	0
Total Gastos Devengados	136.784.577	174.982.500	189.177.415	188.224.576	196.500.130

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres

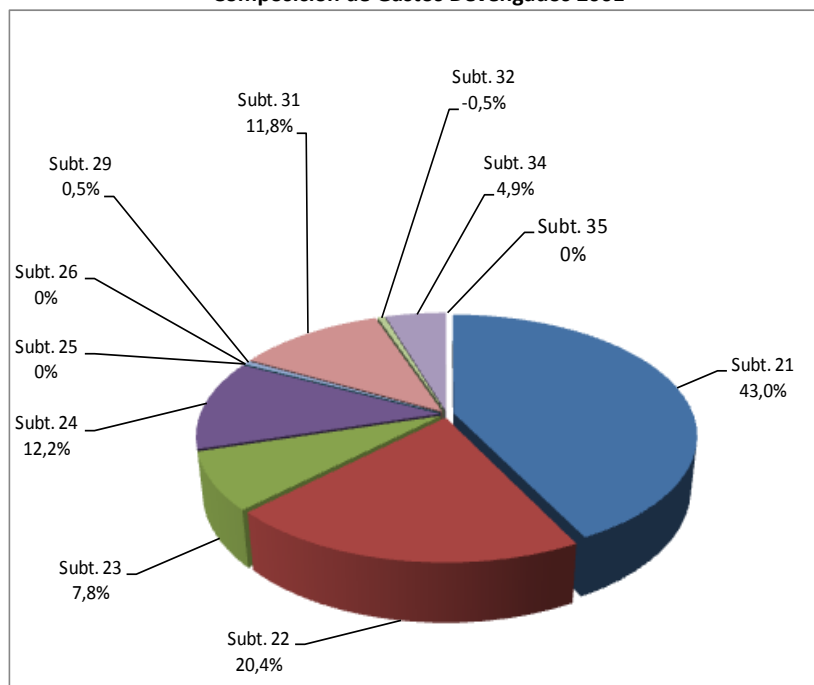
La **composición de los gastos devengados** evidenció cambios importantes en el período en estudio. En efecto, los subtítulos 22 y 24 incrementaron su participación desde un 20,4% al 39,3% y desde un 12,2% al 17,9%, entre los años 2001 y 2012, respectivamente. Por su parte, el subtítulo 21 Gastos en Personal disminuyó su participación desde un 43,0% en el año 2001 a un 38,1% en el año 2012. El Subtítulo 23 redujo su participación desde el 7,8% al 0% en el período analizado, así también el subtítulo 31 Iniciativas de Inversión vio disminuida su participación desde el 11,8% al 3,0%, consistente con el término de la construcción del Hospital Santiago Oriente. Por último, el subtítulo 34 Servicio de la Deuda bajó su participación desde el 4,9% al 0%.

Cuadro nº 185:
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Composición de Gastos Devengados año 2001 al 2012

Subtítulo	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 21 Gastos en Personal	43,0%	43,5%	42,2%	41,7%	40,5%	38,4%	38,9%	39,1%	37,6%	35,5%	35,8%	38,1%
Subt. 22 Bienes y Serv.de Consumo	20,4%	27,3%	30,7%	33,1%	34,2%	34,8%	37,0%	35,9%	37,3%	34,1%	37,5%	39,3%
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	7,8%	7,7%	7,6%	6,7%	6,8%	7,4%	7,3%	7,2%	8,3%	2,5%	0,0%	0,0%
Subt. 24 Transferencias Corrientes	12,2%	12,8%	13,9%	13,6%	14,5%	14,0%	15,0%	15,7%	14,3%	14,8%	16,3%	17,9%
Subt. 25 Integros al Fisco	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 29 Adq.Activos No Financ.	0,5%	0,7%	0,0%	0,0%	0,9%	1,3%	1,7%	1,4%	1,3%	1,4%	3,3%	1,6%
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	11,8%	4,1%	2,7%	3,0%	1,0%	3,4%	0,2%	0,6%	0,9%	6,9%	4,7%	3,0%
Subt. 32 Préstamos	-0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 34 Servicio de la Deuda	4,9%	3,8%	2,9%	1,9%	2,1%	0,7%	0,0%	0,2%	0,3%	4,8%	2,2%	0,0%
Total Gastos Devengados	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

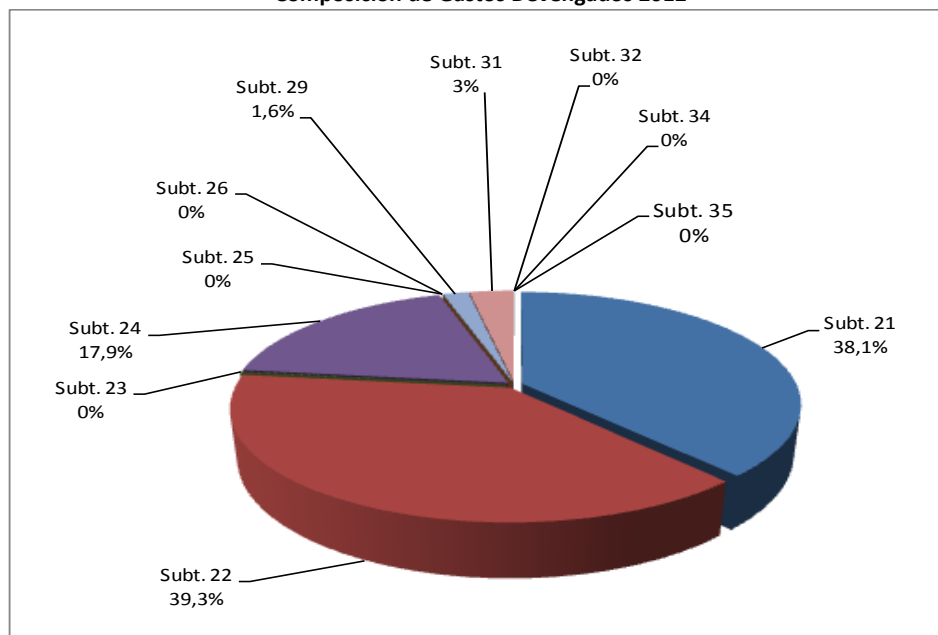
Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres

Gráfico 104
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Composición de Gastos Devengados 2001



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

Gráfico 105
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Composición de Gastos Devengados 2012



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos

En términos del **grado de cumplimiento de lo presupuestado**, el Servicio de Salud Metropolitano Oriente pasó desde una situación de sub ejecución de los gastos en el año 2001 a una de sobre ejecución de gastos en el año 2012.

En efecto, en el año 2001 los gastos devengados estuvieron por debajo de los gastos presupuestados por un monto de \$3,5 mil millones que equivalían a un 3,9% del presupuesto total de gastos. El subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo era el que presentaba la mayor sub ejecución con un total de \$3,01 mil millones que equivalía a un 14,6% de menor gasto respecto a lo presupuestado.

Por su parte, en el año 2012 los gastos devengados sobrepasaron a los presupuestados en \$3,04 mil millones, lo que representó una sobre ejecución del presupuesto del 1,6%. La mayor sobre ejecución se verificó en el subtítulo 22 con \$2,4 mil millones (3,2%), seguida del subtítulo 21 con \$1,06 mil millones (1,4%).

El siguiente cuadro muestra el presupuesto de gastos, los gastos devengados, el porcentaje de ejecución de los gastos y el monto de sub ejecución de los gastos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente para los años 2001 y 2012 a nivel de subtítulo, en moneda de diciembre del año 2012.

Cuadro nº 186
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Ejecución de Gastos Devengados año 2001 y 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2001				2012			
	Presupuesto Gastos	Gastos Devengados	% Ejecución	Monto Subejecución	Presupuesto Gastos	Gastos Devengados	% Ejecución	Monto Subejecución
Subt. 21 Gastos en Personal	37.425.582	37.127.010	99,2%	298.573	73.894.632	74.954.055	101,4%	-1.059.423
Subt. 22 Bienes y Serv.de Consumo	20.680.183	17.667.398	85,4%	3.012.785	74.908.462	77.286.920	103,2%	-2.378.458
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	6.382.260	6.708.190	105,1%	-325.929	25.500	24.750	97,1%	750
Subt. 24 Transferencias Corrientes	10.237.078	10.530.927	102,9%	-293.849	35.244.254	35.161.780	99,8%	82.474
Subt. 25 Integros al Fisco	0	11.243	0,0%	-11.243	0	0	-	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0	0	0,0%	0	0	0	-	0
Subt. 29 Adq.Activos No Financ.	391.613	458.461	117,1%	-66.848	3.412.130	3.223.461	94,5%	188.669
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	10.111.451	10.187.036	0,0%	-75.585	5.941.780	5.849.165	98,4%	92.615
Subt. 32 Préstamos	0	-473.298	0,0%		0	0	-	0
Subt. 34 Servicio de la Deuda	4.197.840	4.224.794	100,6%	-26.954	0	0	-	0
Subt. 35 Saldo Final de Caja	560.123	0	0,0%	560.123	31.273	0	0,0%	31.273
Total	89.986.132	86.441.760	96,06%	3.544.372	193.458.031	196.500.130	101,6%	-3.042.099

Fuente: Dirección de Presupuestos

iii) Ejecución de Ingresos y Gastos Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.

- Ejecución de Ingresos Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.**

El Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné **incrementó sus ingresos percibidos** desde un monto total de \$14,2 a \$19,7 mil millones entre los años 2006 y 2012, lo que representó un crecimiento del 39% en el período (en moneda de diciembre de 2012). Dicho incremento de los ingresos percibidos está explicado por el crecimiento de los subtítulos Transferencias Corrientes, con un

aumento neto de \$5,2 mil millones; Otros Ingresos Corrientes con \$234 millones e Ingresos de Operación con \$96 millones de aumento neto. Por su parte, el subtítulo Recuperación de Préstamos experimentó una reducción de \$40 millones en igual período.

Por su parte, el subtítulo 29 Adquisición de Activos no Financieros mostró una reducción en el período, la que alcanzó a \$175 millones lo que representó un decrecimiento del 79,9% para el período en estudio. Ello se explicaría por la finalización del proceso de incorporación de equipamiento contemplado en el proyecto y que mantuvo alto los niveles de gastos en el referido subtítulo en los años inmediatamente posteriores a su puesta en marcha (el fuerte aumento que registró el gasto devengado en este subtítulo el año 2011 obedece al proceso de recuperación de equipamiento dañado tras el terremoto del año 2010)

Cuadro nº 187
Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.
Ejecución de Ingresos Percibidos año 2006 al 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 5 Transferencias Corrientes	12.471.71 2	11.350.11 4	12.456.06 7	15.016.71 1	17.647.71 6	16.434.63 7	17.656.45 2
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	20.315	24.147	24.563	17.733	25.982	46.468	61.358
Subt. 7 Ingresos de Operación	1.286.896	1.214.687	1.244.381	1.369.981	1.331.943	1.291.579	1.382.491
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	211.199	273.361	282.775	454.002	455.627	952.036	445.849
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 12 Recuperación Prestamos	164.293	148.451	149.268	190.780	179.236	147.063	124.549
Subt. 13 Transf. Para Gastos de Capital	0	0	421	25.258	0	1.035.667	0
Total	14.154.41 6	13.010.75 9	14.157.47 4	17.074.46 4	19.640.50 4	19.907.45 0	19.670.69 8

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

El comportamiento que evidencian los gastos devengados del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné se explica por las mismas razones expuestas anteriormente.

En efecto, el subtítulo 21 incrementó su ejecución en un 45,9% entre los años 2006 y 2012 cuya explicación viene dada fundamentalmente por el ya comentado incremento real de las remuneraciones en el sector.

El aumento que muestra la ejecución de gastos del subtítulo 22 y que alcanza al 31,4% entre los años 2006 y 2012, y tal como ya ha sido señalado, se explicaría por los mismos tres fenómenos ya descritos.

Aumento de producción: salvo el caso de controles y consultas, entre los años 2006 y el 2012: los egresos crecieron en un 265%, las intervenciones quirúrgicas aumentaron en un 477,1%, en tanto que los exámenes de laboratorio e imagenología incrementaron su nivel de actividad en un 539,6% y 501,3%, respectivamente en igual período.

Complejización de la producción: el fuerte aumento de las intervenciones quirúrgicas se explican principalmente por el aumento de cirugías mayores. Junto a lo anterior, las prestaciones de salud intensificaron el uso de servicios de apoyo diagnóstico, así la relación de exámenes de laboratorio por intervención quirúrgica subió de 1,91 en el año 2006 a 2,11 en el año 2012, en tanto que la

relación de exámenes de imagenología por intervención quirúrgica se elevó de 1,34 a 1,39 entre los mismos años.

Por último, el ya comentado efecto del aumento de precios de insumos y medicamentos.

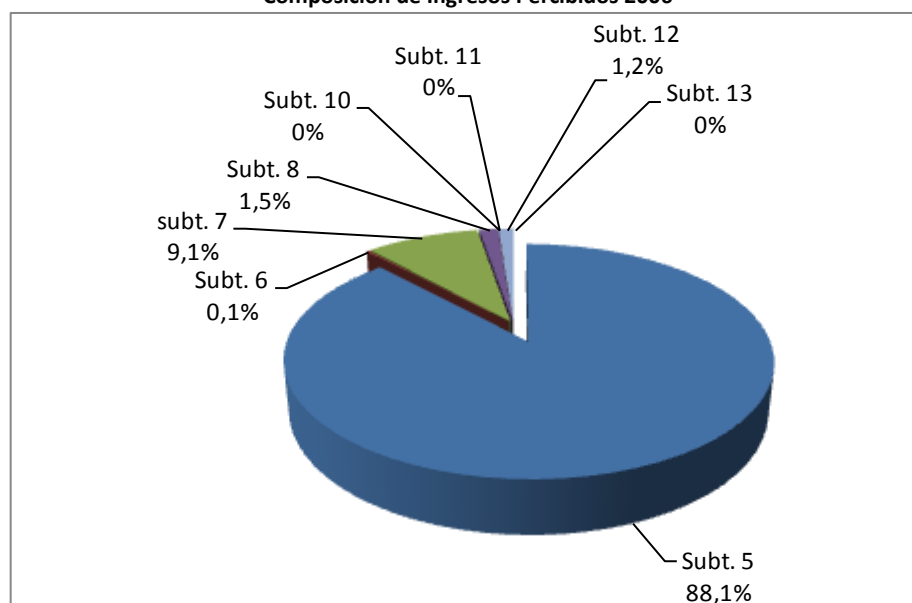
La **composición de los ingresos percibidos** no evidenció cambios importantes en el período en estudio. En efecto, el subtítulo de Transferencias Corrientes aumentó su participación desde un 88,1% a un 89,8% entre los años 2006 y 2012. Por su parte, el subtítulo Otros Ingresos Corrientes mostró un incremento en participación sobre los ingresos percibidos totales pasando del 1,5% en el año 2006 al 2,3% en el año 2012. Por su parte, los subtítulos Ingresos de Operación y Recuperación de Préstamos evidenciaron una reducción en su participación la que se movió del 9,1% al 7,0% y de un 1,2% al 0,6% durante el período en estudio, respectivamente.

Cuadro n° 188:
Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.
Composición de la Ejecución de Ingresos Percibidos año 2006 al 2012

Subtítulo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 5 Transferencias Corrientes	88,1%	87,2%	88,0%	87,9%	89,9%	82,6%	89,8%
Subt. 6 Rentas de la Propiedad	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%
Subt. 7 Ingresos de Operación	9,1%	9,3%	8,8%	8,0%	6,8%	6,5%	7,0%
Subt. 8 Otros Ingresos Corrientes	1,5%	2,1%	2,0%	2,7%	2,3%	4,8%	2,3%
Subt. 10 Venta Activos No Financieros	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 11 Venta Activos Financieros	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 12 Recuperación Prestamos	1,2%	1,1%	1,1%	1,1%	0,9%	0,7%	0,6%
Subt. 13 Transferencias Para Gastos de Capital	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	5,2%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

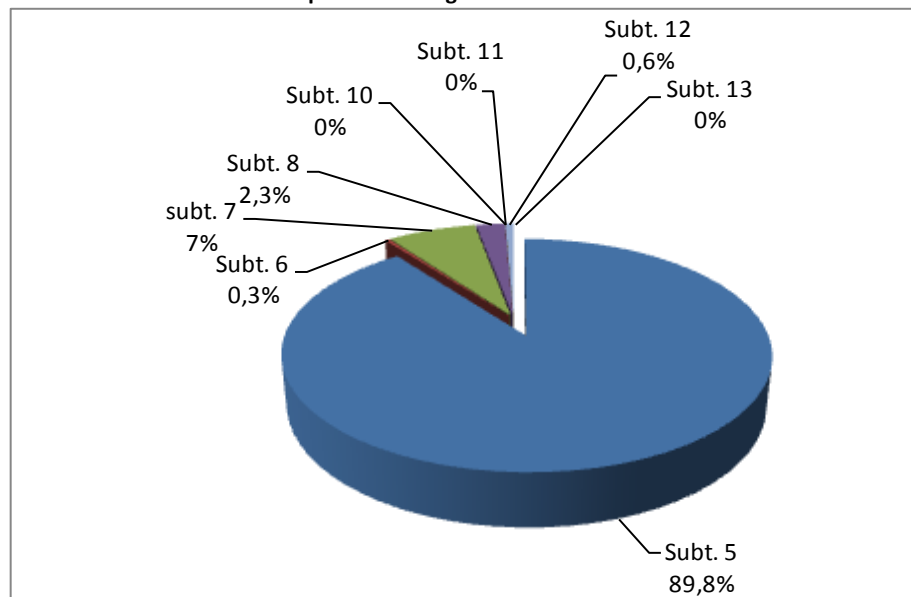
Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres.

Gráfico 106
Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.
Composición de Ingresos Percibidos 2006



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

Gráfico 107
Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.
Composición de Ingresos Percibidos 2012



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos

- **Ejecución de Gastos Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.**

El Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B. **aumentó su nivel de gasto devengado** desde un total de \$14,2 mil millones en el año 2006 a \$19,7 mil millones en el año 2012 (en moneda de diciembre de 2012), lo que representó un crecimiento de 38,2% para el período. El gasto devengado es explicado casi en su totalidad por los subtítulos 21 y 22. El subtítulo 21 Gastos en Personal es el que evidenció el mayor crecimiento con un monto de \$3,8 mil millones lo que equivale a un incremento del 45,9% en el período en estudio. Por su parte, el subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo se incrementó en un monto de \$1,8 mil millones que equivale a un 31,4% de crecimiento en igual período.

Por su parte, el subtítulo 29 Adquisición de Activos no Financieros mostró una reducción en el período, la que alcanzó a \$175 millones lo que representó un decrecimiento del 79,9% para el período en estudio.

Cuadro nº 189:
Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.
Ejecución de Gastos año 2006 al 2012
(en moneda de dic. 2012)

Subtítulo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 21 Gastos en Personal	8.344.639	8.344.086	8.756.720	10.826.990	10.987.421	11.031.679	12.176.048
Subt. 22 Bienes y Serv.de Consumo	5.658.858	4.872.162	5.201.902	7.111.398	6.900.455	7.679.729	7.433.807
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	0	0	23.750	130.802	782.848	21.908	0
Subt. 24 Transferencias Corrientes	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 25 Integros al Fisco	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 29 Adq.Activos No Financ.	218.802	99.659	103.139	88.868	47.176	1.071.117	44.085
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 32 Préstamos	0	0	0	0	0	0	0
Subt. 34 Servicio de la Deuda	0	0	0	0	952.807	304.810	0
Total Gastos Devengados	14.222.299	13.315.907	14.085.511	18.158.058	19.670.707	20.109.243	19.653.941

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres

La **composición de los gastos devengados** está fuertemente concentrada en los subtítulos 21 y 22. En efecto, para el año 2006 ambos subtítulos explicaron el 98,5% del gasto devengado total del establecimiento, en tanto que para el año 2012 dicha tasa se elevó al 99,8%. El subtítulo 21 aumentó su participación en el gasto devengado desde un 58,7% en el año 2006 al 62% en el año 2012. Por su parte, el subtítulo 22 redujo su participación en el gasto devengado desde el 39,8% en el año 2006 al 37,8% en el año 2012.

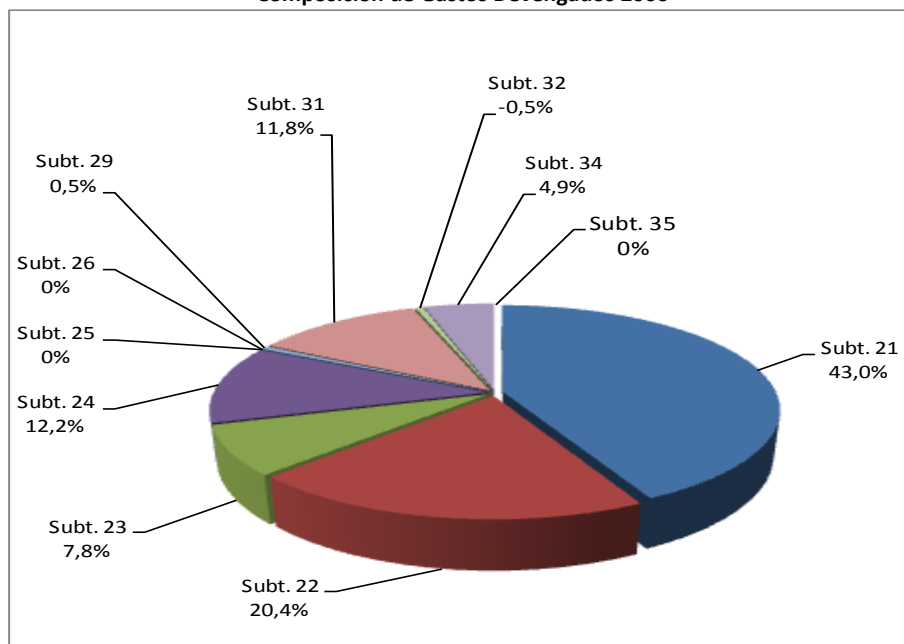
Cuadro nº 190
Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.
Composición de Gastos Devengados año 2006 al 2012

Subtítulo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Subt. 21 Gastos en Personal	58,7%	62,7%	62,2%	59,6%	55,9%	54,9%	62,0%
Subt. 22 Bienes y Serv.de Consumo	39,8%	36,6%	36,9%	39,2%	35,1%	38,2%	37,8%
Subt. 23 Prestaciones de Seg. Social	0,0%	0,0%	0,2%	0,7%	4,0%	0,1%	0,0%
Subt. 24 Transferencias Corrientes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 25 Integros al Fisco	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 26 Otros Gastos Corrientes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 29 Adq.Activos No Financ.	1,5%	0,7%	0,7%	0,5%	0,2%	5,3%	0,2%
Subt. 31 Iniciativas de Inversión	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 32 Préstamos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subt. 34 Servicio de la Deuda	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,8%	1,5%	0,0%
Total Gastos Devengados	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a información del Fondo Nacional de Salud y Dipres

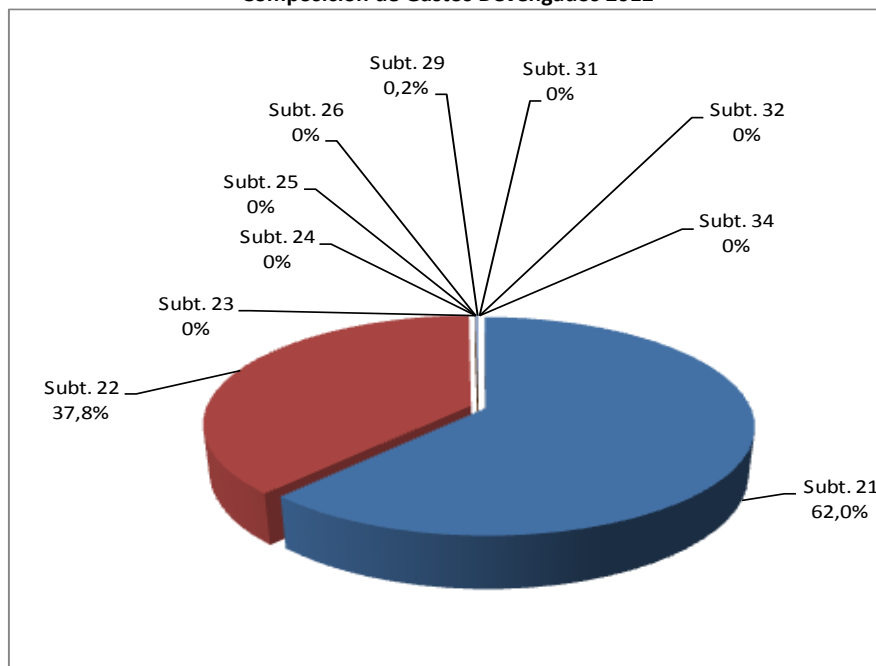
Los gráficos muestran la composición de los gastos devengados para el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B. para los años 2006 y 2012, respectivamente.

Gráfico 108:
Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.
Composición de Gastos Devengados 2006



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos.

Gráfico 109
Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.
Composición de Gastos Devengados 2012



Fuente: Elaboración propia en base a información Dirección de Presupuestos

iv) Resultado Operacional Servicio de Salud Metropolitano Oriente

El Resultado Operacional mide la capacidad de un establecimiento de financiar su operación, es decir, de financiar sus gastos operacionales con sus ingresos de operacionales. Una sana administración financiera sería aquella que mantiene el resultado operacional en torno a cero, puesto que ello indica que no está generando deuda en su operación y, alternativamente, no está dejando sin ejecutar ingresos ofreciendo menos prestaciones a sus beneficiarios.

El Resultado Operacional se define como la diferencia entre los ingresos y los gastos operacionales, esto es, descontando de la ejecución aquellas partidas de ingresos y gastos que no dicen relación con la operación habitual de los establecimientos.

En esta categoría se encuentra por el lado de los ingresos las Transferencias Corrientes APS (asignación 05-02-007) y la Transferencias para Gastos de Capital (subtítulo 13). A su turno, por el lado de los gastos caen en esta categoría las Transferencias Corrientes APS (asignación 24-03-298), la Adquisición de Activos No Financieros (Subtítulo 29) e Iniciativas de Inversión (subtítulo 31).

Calcular el Resultado Operacional de la forma antes descrita *puede generar un error en la estimación*, ya sea por una subestimación de los ingresos al descontar la totalidad de la asignación 05-02-007 dado que dentro de dicha asignación se incluyen recursos que van destinados a financiar actividad operacional de los establecimientos del servicio, o bien, una subestimación de los gastos al descontar la totalidad del subtítulo 29, obviando el hecho que parte de dicho gasto se financia con ingresos operacionales del servicio. Pese a ello, *la magnitud del error es irrelevante* y por tanto los resultados no se ven alterados. En efecto, para el año 2001 los recursos APS destinados a Reforzamiento del Servicio representaron sólo el 0,2% del presupuesto total.

Es necesario apuntar que la administración financiera constituye una herramienta para el logro de los objetivos institucionales y no es un fin en sí mismo. En efecto, una administración puede decidir generar resultados operacionales positivos puesto que está interesada en generar recursos para inversión (en infraestructura o equipamiento), sin embargo, esta situación no es sostenible en el tiempo, puesto que ello implica por lo general un nivel de producción inferior al potencial y lo que sería más complejo, inferior a los requerimientos de la población beneficiaria, lo que se podría reflejar en un incremento de las listas de espera.

Cuadro nº 191
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Resultado Operacional años 2001 al 2012
(en moneda de dic. 2012)

Componente	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ingresos Operacionales: sub. 5 al 12	67.335.497	71.990.004	79.271.261	87.218.026	93.677.506	91.686.515	91.854.512
Gastos Operacionales: sub. 21 al 26 y 34 (sin 2403298)	66.709.451	73.948.898	79.721.259	88.612.753	92.702.843	88.500.444	93.763.003
Resultado Operacional	626.047	-1.958.894	-449.998	-1.394.727	974.663	3.186.071	-1.908.491
% sobre los ingresos de operación	0,93%	-2,72%	-0,57%	-1,60%	1,04%	3,47%	-2,08%
% sobre Subtítulo 22	3,54%	-8,12%	-1,55%	-4,04%	2,57%	8,34%	-4,47%

Continuación Cuadro nº 191

Componente	2008	2009	2010	2011	2012
Ingresos Operacionales: sub. 5 al 12	98.136.090	118.259.669	119.855.395	122.123.384	127.282.047
Gastos Operacionales: sub. 21 al 26 y 34 (sin 2403298)	98.743.004	128.088.682	125.829.402	123.245.192	132.655.869
Resultado Operacional	-606.914	-9.829.013	-5.974.006	-1.121.808	-5.373.822
% sobre los ingresos de operación	-0,62%	-8,31%	-4,98%	-0,92%	-4,22%
% sobre Subtítulo 22	-1,38%	-16,90%	-10,37%	-1,78%	-7,69%

Fuente: Elaboración propia en base a información de Dirección de Presupuestos.

Para el período en estudio, el Servicio de Salud Metropolitano Oriente ha evidenciado un **resultado operacional positivo** en 3 de los 12 años analizados, lo que equivale al 25% del período bajo análisis. Sin embargo, resulta preocupante que *desde el año 2007 en adelante se ha consolidado una situación de déficit operacional constante*, alcanzando magnitudes significativas en los años 2009, 2010 y 2012. Para este último año, el déficit operacional fue equivalente a un mes de gasto del subtítulo 22, lo que significaría que la deuda del establecimiento tendría una antigüedad promedio de 30 días, situación que no debiera afectar el normal funcionamiento de la operación.

v) Resultado Operacional Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.

En el siguiente cuadro se presenta el resultado operacional para los años 2006 al 2012 en el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.

Cuadro nº 192
Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.
Resultado Operacional años 2006 al 2012
(en moneda de dic. 2012)

Variable	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ing. Operación (sub. 5 al 12)	14.154.416	13.010.759	14.157.053	17.049.206	19.640.504	18.871.783	19.670.698
Gts. Operación (sub. 21 al 26 + 34)	14.003.497	13.216.247	13.982.372	18.069.190	19.623.531	19.038.127	19.609.855
Resultado Operacional	150.919	-205.489	174.681	-1.019.984	16.973	-166.344	60.843
% sobre los ingresos de operación	1,07%	-1,58%	1,23%	-5,98%	0,09%	-0,88%	0,31%
% sobre Subtítulo 22	2,67%	-4,22%	3,36%	-14,34%	0,25%	-2,17%	0,82%

Fuente: Elaboración propia en base a información de Dirección de Presupuestos.

Para el período en estudio, el Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné ha evidenciado una **alta variabilidad en su resultado operacional**, el que no obstante *se mantiene dentro de niveles aceptables* (con montos inferiores al equivalente a un mes de presupuesto del subtítulo 22), salvo el año 2009 en que su déficit operacional se elevó a niveles que alcanzaron el 6% de los ingresos operacionales y representaron el equivalente a casi dos meses de gasto del subtítulo 22 .

La particular situación que se presentó el año 2009 se repite a nivel de los Servicios de Salud objetos del presente estudio y aqueja a un importante número de establecimientos de alta complejidad de la red asistencial. . En efecto, una constante que se observó para dicho año en las redes en estudio es que los gastos operacionales (subtítulos 21 al 26 y 34) crecieron a una tasa promedio real anual superior a la que crecieron los ingresos operacionales (31% vs 26%, respectivamente) y dentro de los gastos operacionales el subtítulo 22 creció a una tasa promedio real anual de alrededor del 33%, en tanto que el subtítulo 21 lo hizo a una tasa del 20%.

VI. MODELOS DE GESTIÓN

El modelo de gestión implementado en cada uno de los establecimientos en estudio tiene diferencias en cuanto a la normativa legal bajo la cual se creó en cada caso. En concreto, el Hospital Padre Hurtado, del SSMSO, se crea como **Establecimiento Experimental (EE)** y el Hospital Luis Tisné, del SSMO, se crea como Establecimiento institucional tradicional que luego pasó a ser un **Establecimiento Autogestionado en Red (EARS)**.

A continuación se explicita dichos modelos y luego se hace un breve análisis de la influencia de estos modelos en la incorporación del establecimiento a su respectiva Red.

1. Normativa Legal

1.1. Normativa legal de los Establecimientos Experimentales

Los EE son tres, dos de los cuales son Centros Referencia en Salud y un hospital, todos ubicados en la Región Metropolitana:

- Hospital Padre Hurtado del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
- CRS Maipú del Servicio de Salud Metropolitano Central y
- CRS Cordillera Oriente del Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Su constitución fue promulgada a través de tres DFL creados en el año 2000 y publicados en el Diario Oficial en julio del año 2001. En el caso del Hospital Padre Hurtado corresponde al DFL Nº 29, CRS Cordillera Oriente el DFL Nº 30 y el DFL Nº 31 para el CRS Maipú.

A ello se suma el siguiente cuerpo legal que regula su funcionamiento:

- DFL Nº 20 con toma de razón por la CGR en Noviembre del 2004 que fija el Sistema de Remuneraciones de los trabajadores del Hospital Padre Hurtado; este corresponde al DFL Nº 21 para el CRS Cordillera Oriente y al Nº 26 para el CRS Maipú.

Destacan para el caso del Hospital Padre Hurtado los siguientes Reglamentos:

- Reglamento del Servicio de Bienestar del Hospital Padre Hurtado publicado en el Diario Oficial en Septiembre del 2002
- Reglamento del Consejo Consultivo del Hospital Padre Hurtado publicado en el Diario Oficial en Junio del 2003
- Reglamento de Adquisiciones del Hospital Padre Hurtado tomado de razón en abril del 2003
- Reglamento de Calificaciones del Personal publicado en febrero del 2004
- Reglamento para la formulación de peticiones, críticas y sugerencias por parte de los usuarios del Hospital Padre Hurtado publicado en el Diario Oficial en Diciembre del 2002.
- Resolución Exenta Nº 001399 de Octubre del 2004 que establece las Normas sobre distribución del financiamiento y realización de actividades de capacitación y perfeccionamiento respecto del Personal.

A continuación se presentan los **aspectos distintivos de los Establecimientos Experimentales** desde el punto de vista de su normativa legal:

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

Esta condición en la legislación vigente caracteriza a los servicios de salud, que son las estructuras de las cuales, en el modelo tradicional, dependen los establecimientos de salud de la red pública, con excepción de aquellos de la Atención Primaria (APS). Este aspecto entrega una mayor autonomía la que impulsa una mayor responsabilidad en la gestión y permite generar una imagen e identidad propias a estas instituciones.

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

Estas características marcan una diferencia muy sustantiva con la normativa vigente en esa época, ya que éstos están bajo la tuición y gestión del Director del servicio de salud, cargo de confianza presidencial. Por su parte, los otros elementos señalados han permitido la introducción de nuevos énfasis en la gestión.

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

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

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

La estructura hospitalaria viene definida en la ley N° 2.763⁶⁹, que establece la nominación y estructura organizacional de los establecimientos de salud públicos. En opinión de los directores, esta modificación permite una organización dinámica que se rediseña de acuerdo a las exigencias que se presentan, lo cual evalúan muy positivamente.

- Establece atribuciones específicas principalmente en el ámbito financiero y de la gestión de recursos (Artículo N° 9°) algunas de las cuales marcan una diferencia muy sustantiva con el modelo tradicional, en el cual estas atribuciones están radicadas en el Director del servicio de salud:

⁶⁹ Decreto que crea los SS y define la estructura de los establecimientos de la red pública, entre otros aspectos.

- *Elaborar y presentar al MINSAL el presupuesto y el plan anual de actividades asociado, así como el de inversiones*
 - *Ejecutar el presupuesto y el plan anual en el marco presupuestario establecido*
 - *Relación directa con el FONASA para los pagos de prestaciones a los beneficiarios...*
 - *Celebrar convenios para otorgar prestaciones y acciones de salud, pactando precios y modalidades de pago*
 - *Celebración de contratos de servicios externos con personas naturales o jurídicas para el desempeño de tareas o funciones aun cuando sean propias y/o habituales del establecimiento*
- Se establece la realización de *evaluaciones anuales por parte del MINSAL y auditorías externas* (Artículo N° 10).
 - Un elemento muy destacado de la normativa que rige a los *Establecimientos Experimentales* dice relación con la gestión de recursos humanos, plasmadas en su Título II, especialmente en cuanto a definición de dotaciones, modalidades de contrato y un esquema de remuneraciones simplificado en base a una nueva escala.

1.2. Normativa Legal de los Establecimientos Autogestionados en Red

La normativa que crea y rige los *Establecimientos Autogestionados en Red* forma parte de la Reforma de Salud que se inicia el año 2000 en adelante. El principal cuerpo legal es la Ley 19.937 denominada de Autoridad Sanitaria publicada en el Diario Oficial en Febrero del 2004 que modifica el DL N° 2.763 de 1979, establece en el Título IV la creación de los Establecimientos Autogestionados en Red, cuyas principales características se detallan a continuación:

- La calidad de EAR se obtendrá si un determinado establecimiento de la red pública cumple con los requisitos que establece el Reglamento respectivo (ver más adelante), el cual será evaluado y aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales y validado mediante resolución conjunta del Ministerio de Salud y Hacienda.
- Estos serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la ley N° 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
- Se define la existencia de la Red Asistencial de Alta Especialidad para aquellos Establecimientos Autogestionados en Red destinados *“a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional.”*
- El Director del Establecimiento Autogestionado en Red establece anualmente un *“Convenio de Desempeño”* con el Director del Servicio de Salud, el cual *“deberá establecer especialmente directivas sanitarias relacionadas con el cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración a la Red, como asimismo metas de desempeño presupuestario.”*

- El Subsecretario de Redes Asistenciales verificará anualmente el cumplimiento de las normativas vigentes, principalmente en cuanto al establecimiento de los mecanismos de control de gestión, administración de personal, administración financiero-contable y auditoría; mantención del equilibrio presupuestario y financiero así como las obligaciones de pago a proveedores no superior a 60 días. En cuanto al funcionamiento de la Red Asistencial, su coordinación y articulación así como la aplicación de estrategias para la resolución de listas de espera, será evaluada en forma específica por parte del Director de Servicio.
- Este cuerpo normativo define las características del Consejo Consultivo de los Usuarios.
- Establece las funciones del Director del Establecimiento Autogestionado en Red, en cuanto a dirección, organización y administración del establecimiento, con las siguientes atribuciones destacadas:
 - Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del establecimiento
 - Organizar internamente y asignar las tareas correspondientes a funcionarios de su dependencia.
 - Elaborar y presentar al Director del Servicio el proyecto de presupuesto, plan anual de actividades asociado y el plan de inversiones, el que lo remitirá al Subsecretario de Redes Asistenciales quien finalmente lo podrá aprobar en conjunto con la DIPRES.
 - El Director del Establecimiento Autogestionado en Red ejecutará dicho presupuesto y el plan anual, pudiendo modificar, previa autorización del Subsecretario de Redes, dicho presupuesto y los montos determinados en sus glosas.
 - Para efectos de personal a contrata o a honorarios, el Director del Establecimiento Autogestionado en Red ejercerá las funciones propias de un jefe superior de servicio, esto es, con autonomía para definir dichos cargos y remuneraciones dentro del marco presupuestario aprobado.
 - Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aun cuando sean propias o habituales del Establecimiento. El gasto por los contratos no podrá exceder el 20% del total del presupuesto asignado al establecimiento respectivo.
 - Ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporeales que hayan sido asignadas o afectadas al Establecimiento y las adquiridas por éste, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales.
 - Celebrar convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N° 36 de 1980 del Ministerio de Salud. De igual forma, celebrar convenios con personas naturales o jurídicas de derecho público o privado, para el cumplimiento de las prestaciones y acciones de salud, pactando precios y modalidades de pago.
 - Podrá celebrar convenios con profesionales contratados a lo menos con jornadas de 22 horas semanales para la atención de pacientes particulares en el establecimiento, fuera del horario de trabajo.
 - Celebrar convenios con el FONASA y Servicios de Salud correspondientes para realizar las prestaciones a los beneficiarios de la ley 18.469 en modalidad

institucional y establecer en forma autónoma un arancel para la atención de pacientes que no son beneficiarios de dicha ley.

- Además se les faculta para realizar operaciones de leasing e invertir excedentes estacionales de caja en el mercado de capitales.

En Diciembre del 2005 se publica en el Diario Oficial el Decreto Supremo Nº 38 “Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de menor complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red”; en sus artículos 12 a 16 define los mecanismos y los requisitos específicos para obtener la condición de Establecimiento Autogestionado en Red por parte del que la solicite.

Como se observa, la normativa define a los Establecimientos Autogestionados en Red, como **organismos dependientes de los Servicios de Salud pero desconcentrados**, sin personalidad jurídica ni patrimonio propio (es decir, no son servicios públicos autónomos). Tiene como principal objetivo el dotar a estos establecimientos de **mayores facultades para una gestión local**, otorgándoles además flexibilidad para definir la organización interna de cada establecimiento. El Director del Servicio, por su parte, centra sus funciones en la coordinación de la red asistencial y definición de las necesidades de salud de su población, las cuales deberán ser satisfechas a través del accionar de los establecimientos que componen dicha red, incluyendo los Establecimientos Autogestionados en Red.

Esta modalidad de organismo desconcentrado **permite otorgar directamente ciertas competencias a una autoridad inferior en jerarquía**, sin injerencia directa del superior en dichas materias. Esto queda refrendado en el artículo 35, que señala *“La administración superior y control del Establecimiento corresponderán al Director. El Director del Servicio de Salud no podrá interferir en el ejercicio de las atribuciones que le confiere este Título al Director del Establecimiento, ni alterar sus decisiones. Con todo, podrá solicitar al Director del Establecimiento la información necesaria para el cabal ejercicio de las funciones de éste”*.

En cuanto a la **no disposición de patrimonio propio**, el artículo 43 se establece *“El Establecimiento tendrá el uso, goce y disposición exclusivo de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, que se encuentren destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios, administrativos u otros objetivos del Establecimiento, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de “Establecimiento de Autogestión en Red”, y de los demás bienes que adquiera posteriormente a cualquier título”*. Con esto, el Servicio de Salud no pudo hacer uso ni disponer de los recursos que están destinados al Establecimiento Autogestionado en Red para destinarlo a otros centros asistenciales.

En cuanto a la **designación del Director** de un Establecimiento Autogestionado en Red, éste se rige por el Sistema de Alta Dirección Pública de la Ley Nº 19.882, y es designado por el Director de Servicio, siendo de su exclusiva confianza y por tanto susceptible de su remoción. Es un cargo de dedicación exclusiva con jornada completa y con derecho a las asignaciones que dicha ley otorga, de tres años y renovable hasta por dos veces, es decir, un total de 9 años.

Los establecimientos de salud que no son Autogestionados en Red ni Experimentales, son regulados en el Título IV del Decreto Supremo Nº 140 del 2004 (Artículo 43 y siguientes).

2. Modelo de gestión de los Establecimientos Experimentales y Autogestionados en Red y su impacto en la red asistencial

La descripción precedente respecto de la normativa legal que rige este tipo de establecimientos permite definir los modelos de gestión en cada uno de ellos.

Los DFL que crean los **Establecimientos Experimentales** traspasan una serie de atribuciones de los Directores de Servicios de Salud a los directores de los establecimientos; más aún, *expanden y flexibilizan la normativa vigente en diversas áreas*.

Por su parte, los **Establecimientos Autogestionados en Red** si bien no son establecimientos autónomos como lo son los Experimentales, sí tienen *grados significativamente mayores de flexibilidad en su gestión si se les compara con el modelo tradicional*. Esto se refiere principalmente a los temas relacionados con el mejoramiento de la calidad, instancias formales de participación ciudadana, flexibilización en la estructura organizacional de los establecimientos, eficiencia en el uso de recursos y sometimiento a evaluaciones periódicas normadas, programas de capacitación del personal y mejoramiento de los entornos laborales, entre otros.

Desde el punto de vista de la gestión de redes, los **elementos más destacados** en cuanto al impacto que teóricamente tiene este modelo de gestión se puede sintetizar en los siguientes aspectos:

- **Elaboración y ejecución de su propio presupuesto, con flexibilidad en su uso**

Esta facultad está vinculada a un compromiso de desempeño y producción anual que asume el Director del establecimiento, la cual se puede renegociar con el Nivel Central; de tal forma que se puede establecer con cierto margen de seguridad y con antelación, cuál será la participación de cada Establecimiento Autogestionado en Red dentro de su red asistencial en cuanto a producción y por tanto, de resolución de las necesidades de salud de la población. Esto tiene un importante impacto en cuanto al desempeño de la red en su conjunto, ya que permite proyectar brechas y áreas que son insuficientes para cubrir la demanda.

Por su parte, esta prerrogativa va asociada a un estricto seguimiento de la producción, donde las transferencias se ven afectadas por el grado de cumplimiento de dichos compromisos. Este supone ser un incentivo importante para estos establecimientos en cuanto a control de gestión y eficiencia en el uso de los recursos.

- **Contratación a honorarios con menos restricciones y mayor flexibilidad**

Este aspecto impacta a la red asistencial en diferentes formas: por un lado, permite la contratación de recursos humanos deficitarios, lo cual ha resultado ser una herramienta muy importante para el cierre de brechas de especialistas y reducción de listas de espera. En segundo término y asociado a la flexibilidad en la gestión de las instituciones, esta alternativa ha llevado a la aplicación de nuevas estrategias y modelos asistenciales como la expansión horaria en el uso de pabellones quirúrgicos; uso de infraestructura en días de fin de semana; fomento y potenciación de cirugías ambulatorias; contrataciones puntuales para períodos estacionales de mayor demanda

en ciertas áreas como por ejemplo de Enfermedades Respiratorias en el invierno y apoyo a los servicios de urgencia, sólo para mencionar algunas. Por su parte, esta modalidad ha sido un incentivo para los profesionales en cuanto a complementar muchas veces sus contratos con la modalidad a honorarios, motivando así su permanencia en el sistema público de salud. De esta forma, se ha reducido la capacidad ociosa de los establecimientos de la red asistencial.

- **Compra de servicios y prestaciones a prestadores privados**

La demanda insatisfecha de las redes asistenciales ha podido ser paliada en parte a través de este mecanismo. El presupuesto asignado a esta modalidad, gestionada tanto a nivel de FONASA como de los Servicios de Salud, Establecimientos Experimentales y Autogestionados en Red se ha incrementado en forma sostenida, principalmente en los últimos 4 años⁷⁰.

Es posible identificar al menos dos factores que han incidido en este fenómeno: por un lado la presión que sobre las redes asistenciales ha tenido la consolidación del AUGÉ con garantías explícitas de oportunidad para los beneficiarios, y por otro lado, el impacto del terremoto de febrero del 2010 que deterioró en forma muy significativa la infraestructura hospitalaria, con la consecuente reducción de la capacidad productiva del sector.

- **Redes Asistenciales de alta especialidad**

La normativa de los Establecimientos Autogestionados en Red reconoce la condición de centros de alta especialización para aquellos que realizan atenciones preferentes en determinadas especialidades de alta complejidad técnica y cuya acción tiene una cobertura nacional, como parte de esta red, cuya coordinación está a nivel de la Subsecretaría de Redes. De esta forma, las redes asistenciales para la derivación de este tipo de pacientes, deberán regirse por las directrices que se establecen a ese nivel central.

- **Sistemas de evaluación y auditoría**

El establecimiento de estos mecanismos de seguimiento de la gestión ha tenido un impacto sobre las redes asistenciales en cuanto a definir una serie de indicadores y mecanismos de control externo que son regularmente monitoreados por los propios establecimientos EE y EAR así como por el nivel central. Entre los instrumentos utilizados para estos efectos, cabe señalar la modificación llevada a cabo en el segundo semestre del 2010 por el MINSAL, en la cual se ha aplicado una visión más estratégica de esta herramienta de gestión, con menos de 50 indicadores que incorporan diferentes áreas institucionales relevantes: eficiencia operacional, gestión clínica, sustentabilidad financiera y Calidad de la Atención.

- **Modelos de Negocio**

El Hospital Padre Hurtado desde el comienzo, se plantea como un establecimiento que tiene **clientes** (no pacientes) y que el cliente quiere y debe estar satisfecho. Así, la primera idea fuerza

⁷⁰ Ver informe de DIPRES “Evaluación del Programa de Compras a Privados del FONASA http://www.dipres.gob.cl/595/articles-109112_doc_pdf.pdf

del modelo es que está centrado en el usuario, siendo este el foco central en las decisiones que se toman.

La segunda idea fuerza del modelo se refiere a la evaluación continua de los procesos, como herramienta de la metodología de mejoría continua. Se diseñó una matriz de roles que se sigue para identificar y resolver los problemas que se presentan en el proceso.

Se integran el concepto de compromisos de gestión, en cuanto al uso de los recursos económicos y humanos, **que significa que se les debe exigir a las diferentes unidades del EE una determinada producción**, y que ésta tiene que basarse en antecedentes históricos.

La estructura de la institución debe ponerse al día con las nuevas exigencias del usuario, que se siente más empoderado. Ante esto, se plantea la necesidad de un gobierno más participativo, en miras hacia un modelo de **“gobierno corporativo”** (están actualmente en transición hacia ese modelo), en que se modifique la autoridad unipersonal y se aumenten las instancias de auditoría interna (probidad, transparencia, etc.) y externa, es decir, se crea una estructura de control. Esto no implicaría una modificación sustancial del DFL, al menos no en cuanto a la estructura.

Dentro de este modelo, es fundamental el incremento de las competencias de los funcionarios, dado que no hay ascenso por antigüedad, esto es una debilidad del marco legal vigente como EE.

En el caso del Hospital Luis Tisné, que tiene una normativa diferente al Hospital Padre Hurtado, esto es un EARS. Su modelo de negocio no se diferencia de otros establecimientos tradicionales también clasificados en esta categoría, pero sí hace más eficiente su producción, que se oriente principalmente a los requerimientos del CRS Cordillera que se encuentra adosado y que al tener este una condición de EE induce al Hospital Tisné a una respuesta focalizada y más rápida de las prestaciones requeridas por el nivel secundario adosado.

¿Cómo se han visto afectadas las redes asistenciales con la incorporación de estos establecimientos?

La normativa legal vigente señala las obligaciones que tanto los Establecimientos Experimentales como los Autogestionados en Red tienen respecto de su integración a la red asistencial.

Para el caso de los **Establecimientos Experimentales**, el DFL N° 20, 30 y 31 que los crea señalan en su Artículo 4°:

“El Establecimiento Experimental deberá funcionar coordinado con el Servicio de Salud en su integración a la red asistencial, conforme la normativa vigente”.

Por su parte, y dado que la ley que crea los Establecimientos Autogestionados en Red y establece el funcionamiento de las redes asistenciales fuera promulgada con posterioridad a los DFL antes señalados, éstos *no hacen referencia a este cuerpo legal*; sin embargo, siendo ésta la normativa legal vigente, los Establecimientos Experimentales han de asimilar su gestión a lo establecido en dicha norma para los efectos de su funcionamiento en red.

En cuanto a los **Establecimientos Autogestionados en Red**, la Ley 19.937 hace mención al funcionamiento de la Red Asistencial, su coordinación y articulación en los siguientes artículos:

Artículo 16 bis.- *“La Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud 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”.*

Artículo 18 bis.- *“Al Director (del Servicio de Salud) 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. El Director deberá, asimismo, velar por la referencia, derivación y contra derivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red.”*

Artículo 25 B.- *“ El Establecimiento Autogestionado en Red deberá desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio de Salud respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red Asistencial”.*

En cuanto al **funcionamiento del Consejo de Integración de la Red Asistencial**, en el del mismo cuerpo legal Artículo 21 se señala

“El Consejo estará constituido por representantes de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.”

Como se desprende de lo señalado previamente, **la ley no establece diferencias en cuanto a la relación de los establecimientos con la red asistencial a la que pertenecen**, independientemente de su modelo de gestión.

En concreto, tanto el Hospital Padre Hurtado como el Hospital Luis Tisné integran el CIRA de sus respectivos Servicios, han generado normas de referencia y contra referencia de pacientes dentro de dicha red y han estructurado su cartera de servicios considerando el diseño de la red asistencial a la cual pertenecen.

3. Propuestas en relación al modelo de gestión

En las páginas anteriores se ha hecho referencia a las debilidades que presentan las redes asistenciales, las cuales han de ser consideradas como propuestas para un mejor modelo de gestión. Por su parte, las propuestas que se presentan a continuación tienen diferentes niveles de aplicación, siendo algunas de ellas más bien locales y otras de aplicación de políticas públicas cuyo impacto es a nivel del sector.

Visto desde la perspectiva del funcionamiento de las redes asistenciales y sin considerarlo un análisis exhaustivo, a continuación se presentan las propuestas que se consideran de mayor impacto en el contexto del presente estudio, tanto en el ámbito de la política pública, como en el de las instancias de coordinación e integración y en la reflexión sobre nuevos modelos asistenciales.

3.1. Aspectos de política pública

- **Remuneraciones del sector salud y de sus directivos:** a pesar de todas las mejoras que en tal sentido se han hecho, la falta de incentivos remuneracionales y no remuneracionales sigue siendo un punto débil para la conformación de equipos directivos calificados y con permanencia en su cargo. Los antecedentes que en tal sentido entrega el estudio realizado por M. Inostroza y U. Nancuante ⁷¹ en cuanto a la alta rotación de directivos y alto número de cargos concursados declarados vacantes (36%) apoya esta afirmación.
- **Carencia de recurso médico especializado:** este aspecto ha sido extensamente estudiado⁷² y se han aplicado estrategias desde el nivel central para paliar el déficit principalmente de médicos especialistas. Sin embargo, éstas tendrán su impacto en un plazo de años, por lo cual han de generarse políticas sustentables financieramente para el corto plazo, que permitan aumentar la oferta en áreas críticas que mantienen altas brechas de oferta en la red pública.
- **Mecanismos de financiamiento:** uno de los problemas que presenta el actual modelo de referencia y contra-referencia dice relación con los costos que tiene asociados; esto ya que muchas veces la derivación de pacientes de alta complejidad lleva asociado un alto costo en la atención que realiza el establecimiento receptor, que no se compensa adecuadamente con el modelo de financiamiento vigente. Este hecho resulta ser un desincentivo para muchos casos en que se solicita la derivación de pacientes complejos inter establecimientos.
- **Infraestructura crítica:** la política de inversiones sectoriales debe responder en forma permanente y dinámica a las necesidades que van estableciéndose en cuanto a recursos como camas críticas, servicios de urgencia, pabellones quirúrgicos.

⁷¹ La experiencia Chilena de administrar los Hospitales Autogestionados en Red, 2005-2012:

¿Un instrumento consolidado y definitivo o una transición a un nuevo tipo de prestador público, para una nueva etapa de la Reforma de Salud? 2013

⁷² Ver “Informe de Brechas de Recursos Humanos en Salud” MINSAL 2012

3.2. Instancias de coordinación e integración

- **Nuevo enfoque a las funciones del Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA):** un estudio que evalúa el funcionamiento de estas entidades⁷³ concluye que en la gran mayoría de los casos, este Consejo tiene un rol informativo más que de coordinación. Se desaprovecha de esta forma un espacio que pudiera tener un alto impacto en la gestión de la red.
- **Fortalecer los sistemas de información para la referencia y contra-referencia:** tal como se mencionara previamente, se han observado importantes avances en esta materia, sin embargo, queda aún un largo trecho a recorrer para consolidar un sistema informático que apoye la coordinación de redes asistenciales en la forma que se requiere.
- **Incorporación activa de la Atención Primaria a las redes asistenciales:** las desventajas que la municipalización de la Atención Primaria ha significado en el sistema público de salud es un tema debatido; sin embargo, para efectos de la coordinación de la red asistencial, donde la Atención Primaria tiene un rol fundamental y preponderante tanto por la cantidad de prestaciones como por el tipo de actividades que realiza, hay consenso en cuanto a que este hecho no facilita una mayor coordinación con los niveles de mayor complejidad. Por tanto, se hace más relevante aún el contar con mecanismos de coordinación entre Atención Primaria y las redes asistenciales de los Servicios de Salud.
- **La integración y complementación:** debe darse no sólo dentro de cada red asistencial sino también entre las redes y con las macro redes; la búsqueda de complementación entre establecimientos y entre las redes debe reflejarse no sólo en las normas de derivación y los desarrollos locales, sino también a nivel de los proyectos de inversión tanto de tecnología como de infraestructura.

3.3. Nuevos modelos asistenciales

- **Aplicación de modelos de telemedicina y teleconsulta:** principalmente las redes asistenciales que incorporan territorios rurales y alejados de los principales centros asistenciales se ven favorecidos con la aplicación de este tipo de tecnología que permite aumentar la resolutiveidad a nivel local, evitando la derivación de pacientes. Si bien este modelo está en aplicación en el sistema público de salud hace más de una década, el aumento de la cobertura y ámbitos de aplicación debiera considerarse como una estrategia de desarrollo continuo.
- **Mayor integración de los tres niveles para la resolución de determinados tipos de problemas de salud:** el diseño actual genera en muchas oportunidades una discontinuidad en el manejo de mediano y largo plazo de ciertos problemas de salud, especialmente patología crónica; esto tiene implicancias en los costos, adherencia del paciente a sus tratamientos y efectividad de los tratamientos. Casos como la medicina física y rehabilitación, la atención geriátrica, entre otros, son programas que requieren una

⁷³ "From the design to implementation: the case of the Health Care Integration Councils (CIRA) in Chile". International Journal for Equity in Health Arteaga, O. Fuentes, A. Toro, O. <http://www.equityhealthj.com/content/11/S1/A2>

evaluación y eventual rediseño en cuanto a lograr mejor integración en el accionar del nivel secundario y primario principalmente.

- **Establecimientos de descarga:** para la derivación de pacientes con menores requerimientos de cuidados, que pueden estar en camas de baja complejidad hasta su alta.

Cuadro nº 193
Algunos aspectos de comparación Hospital Luis Tisné – Hospital Padre Hurtado

Concepto	Hospital Luis Tisné	Hospital Padre Hurtado
Modelo de gestión	Establecimiento Autogestionado en Red (EARS)	Establecimiento Experimental (EE)
	Institución funcionalmente desconcentrada del correspondiente Servicio de Salud conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la ley Nº 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado. Depende del Servicio de Salud pero con mayores facultades para una gestión local.	Servicio Público funcionalmente descentralizado , dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio (Artículo 2º).
Dependencia Administrativa	Director de Servicio de Salud	Subsecretario de Redes Asistenciales
	El Director del Establecimiento Autogestionado en Red establece anualmente un “ Convenio de Desempeño ” con el Director del Servicio de Salud , el cual señala las directivas sanitarias relacionadas con el cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración a la Red, como asimismo metas de desempeño presupuestario.	Director del Establecimiento elabora y presenta a MINSAL el presupuesto y el plan anual de actividades asociado, así como el de inversiones. Ejecuta el presupuesto y el plan anual en el marco presupuestario establecido.
Administración de Recursos financieros	Ejecución del presupuesto asignado por el Servicio de Salud, según la cartera de servicio que ofrezca a los usuarios de la Red a la cual pertenece.	Relación directa con el FONASA para los pagos de prestaciones a los beneficiarios.
		Celebrar convenios para otorgar prestaciones y acciones de salud, pactando precios y modalidades de pago.
		Celebración de contratos de servicios externos con personas naturales o jurídicas para el desempeño de tareas o funciones aun cuando sean propias y/o habituales del establecimiento.
Administración de R.R.H.H	Dotación en base a cargos según la escala de remuneraciones del Estatuto Administrativo y leyes específica a médicos, odontólogos y químico farmacéuticos. Sistema contractual más rígido y estándar.	Tiene facultades para definir dotaciones, modalidades de contrato y un esquema de remuneraciones simplificado en base a una nueva escala. Trabaja en base a horas de dotación disponible. Mayor flexibilidad.
Modelo de Negocio	No se diferencia de otros establecimientos tradicionales, pero hace más eficiente su producción, orientándose principalmente a los requerimientos del CRS Cordillera que se encuentra adosado y que al tener este una condición de EE induce al Hospital Tisné a una respuesta focalizada y más rápida de las prestaciones requeridas por el nivel secundario adosado. (Esto puede ser efecto no de la condición de EARS, sino a tener un establecimiento adosado que tiene un modelo de gestión EE).	Se plantea como un establecimiento que tiene clientes (no pacientes) y que el cliente quiere y debe estar satisfecho. Así, la primera idea fuerza del modelo es que está centrado en el usuario, siendo este el foco central en las decisiones que se toman.

Concepto	Hospital Luis Tisné	Hospital Padre Hurtado
Relación con la Red	Forma parte del Servicio de Salud y de la Red Asistencial que este conforma y como tal colabora y complementa a otros establecimientos de la Red para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población. Principalmente complementándose con CRS (Centro de Referencia de Salud) adosado.	El Establecimiento Experimental debe funcionar coordinado con el Servicio de Salud en su integración a la red asistencial, conforme la normativa vigente. Pero no tiene dependencia administrativa, sino lineamientos técnicos.
Consejo Integrador de la Red Asistencial	Participa- es integrante	Participa- es integrante
Particularidad de Red Asistencial	Red Asistencial Oriente con patologías y especialidades de macro Red, referencia Nacional.	Red asistencial Sur Oriente con distribución en tres redes internas: Santa Rosa, Cordillera, La Florida.
Variación de Presupuesto Red Asistencial desde ingreso en operación del establecimiento hasta año 2012	SSMO 38,8% de crecimiento.	SSMSO 142% de Crecimiento.
Variación de población correspondiente de Red Asistencial desde ingreso en operación del establecimiento hasta año 2012	SSMO 5,2% de crecimiento.	SSMSO 22,4% de Crecimiento.

Fuente: elaboración propia

4. Comparación de Indicadores de evaluación del Proyecto Ex Ante / Ex Post a nivel de la Red Asistencial a la cual se incorporó el nuevo Establecimiento

En este punto se revisa y presenta dos comparaciones, por una parte lo esperado de los proyectos para el año 2000 según el Informe HSRP y, por otro lado, los resultados en indicadores determinados⁷⁴ para las Redes Asistenciales antes de los proyectos, y luego con el nuevo establecimiento incorporado.

En el caso de los resultados esperados para el año 2000, para el Hospital Luis Tisné, no es posible realizar comparación pues la puesta en marcha fue posterior a dicho año. En el caso del Hospital Padre Hurtado, si bien no es posible medir el resultado en relación a un porcentaje de demanda, se puede identificar el cumplimiento en relación a los valores esperados según el proyecto HSRP.

Cuadro nº 194

Comparación entre Estimación de Población y demanda a satisfacer con prestaciones
Para el año 2000, Según Proyecto Banco Mundial- HSRP vs. Situación real al año 2000 SSMSO

ITEM	S.S. METROP.SUR ORIENTE ESTIMADO	S.S. METROP. SUR ORIENTE REAL	DIFERENCIA %
Población Beneficiaria	719.701	785.623	9%
Consultas Nivel Primario	2.628.296	1.512.454	-42%
Adulto	1.116.295	931.064	-17%
Infantil	1.184.921	499.519	-58%
Consultas de Especialidad	559.866	799.448	43%
Egresos Totales	63.549	61.774	-3%
Gineco-obstetricia /Mujer	23.469	64.312	174%

Cuadro nº 195:

Comparación entre Estimación de Población y demanda a satisfacer con prestaciones
Para el año 2000, Según Proyecto Banco Mundial- HSRP vs. Situación real al año 2000 SSMSO

ITEM	S.S. METROP. ORIENTE ESTIMADO	S.S. METROP. ORIENTE REAL	DIFERENCIA %
Población Beneficiaria	599.719	446.954	-25%
Consultas Nivel Primario	2.066.757	1.021.906	-51%
Adulto	1.023.705	634.480	-38%
Infantil	767.117	279.642	-64%
Consultas de Especialidad	463.894	750.944	62%
Egresos Totales	53.046	56.794	7%
Gineco-obstetricia /Mujer	21.101	66.076	213%

⁷⁴ Indicadores básicos en el ámbito de Salud, esto es relativos a cobertura, accesibilidad, producción, utilización de recursos.

Cuadro nº 196:
Comparación entre Resultado Esperado según Proyecto Banco Mundial- HSRP
y Resultado real para el año 2000 Hospital Padre Hurtado

ITEM	HPH ESTIMADO	HPH REAL	DIFERENCIA %
Atenciones abiertas	182.953	224.441	23%
egresos	25.765	19.323	-25%

En los siguientes cuadros se presentan los **resultados de indicadores aplicados a las Redes Asistenciales, en dos momentos:**

- El tiempo (t): antes de la ejecución de los proyectos (año 1998 para SSMSO y año 2001 para SSMO)
- El tiempo (t+1): resultados de las Redes Asistenciales con los establecimientos en funcionamiento, en ambos casos el año 2012 (con excepción de natalidad y mortalidad, años 2011).

Cuadro nº 197:
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE⁷⁵

TIPO-INDICADOR	NOMBRE	INDICADOR	RESULTADO		VARIACIÓN PORCENTUAL	COMENTARIO
			EX ANTE (año base)	EX POST (periodo actual)		
Resultados Sanitarios	Tasa de nacidos vivos	(Total Nacidos vivos/ población asignada) *1000	15,6	14,3	-7,9%	Tasa por 1.000 habitantes. El servicio de salud muestra un indicador similar al país para el año 2011, en tanto que para el año base el indicador está por debajo del nivel país que era de 16,8.
	Índice de Mortalidad	(Total de fallecidos / población total asignada)*1000	5,5	6,1	11,1%	Tasas por 1000 habitantes. Este último se obtiene en junio del año en curso. El SSMO tiene una tasa mayor que el país que es de 5,5, para el 2011.
Población	Cobertura	(Total de pacientes por programa atendidos / total de población beneficiaria)**	4,06	3,21	-21,0%	** Información rutificada de población atendida por programa no está disponible. Se consideró total de actividades de los programas por población beneficiaria.
	Accesibilidad	Población atendida / población beneficiaria				Información rutificada de población atendida no disponible.
Producción	Producción Asistencial	Consultas Totales	1.764.589	1.908.307	8,1%	Se muestra un crecimiento moderado de las consultas totales, explicado principalmente por las consultas de urgencias. Una explicación plausible es la Red Privada que durante el periodo tiene un incremento, en particular de Centros de Atención Ambulatoria.
		Consultas Urgencia	643.871	774.700	20,3%	Las consultas expresan un aumento, explicado por la apertura de los SAPU que permiten incrementar la cobertura.
		Intervenciones Quirúrgicas Totales	54.752	48.017	-12,3%	Existe un efecto sustitución entre el Hospital Dr. Luis Tisné, además de una disminución en el Hospital de Niño Luis Calvo Mackenna.
		Partos	6.723	7.061	5,0%	Durante el periodo se muestra un leve incremento de los partos, explicado en parte por la estructura atarea de la población beneficiaria del Servicio, acorde con la tendencia país.
	Tasa de Egresos hospitalarios	(Total de egresos / población beneficiaria) *1000	135	103	-23,7%	Si bien en número los egresos del año 2012 son superiores a los del año 2001, debido al aumento de población beneficiaria, porcentualmente se produce una disminución en el indicador percapitado.

⁷⁵ Años de comparación 2001-2012. En aquellos casos en que no existe el dato del año 2012, se utilizó año 2011.

TIPO-INDICADOR	NOMBRE	INDICADOR	RESULTADO		VARIACIÓN PORCENTUAL	COMENTARIO
			EX ANTE (año base)	EX POST (periodo actual)		
	Variación de días de estada	(días de estada ex antes-días de estada ex post)	384.450	382.447	-0,5%	Esta disminución de días de estada es explicada en efecto sustitución de parte de las atenciones que hace la puesta en operación del Hospital Luis Tisne.
	Tasa de consultas	Total de consultas/ total de población beneficiaria	4,06	3,21	-21,0%	Si bien en número de consultas del año 2012 son superiores a los del año 2001, debido al aumento de población beneficiaria, porcentualmente se produce una disminución en el indicador percapitado.
Recursos para la Salud	Ejecución Presupuestaria (*)	(gasto ejecutado / presupuesto asignado)*100	96	91	-4,8%	
		(Ingreso ejecutado / presupuesto asignado)*100	96	90	-6,2%	
	Unidades de Salud Disponibles	Nº de establecimientos de Salud en cada nivel de atención.	6 APS; 7 Centros Secundarios e Institutos; 6 Hospitales	8 APS; 7 Centros secundarios e Institutos; 7 Hospitales	2 APS; 1 Hospital	Establecimientos del área del nuevo establecimiento.
	Indicador a nivel Servicio: Costo Per cápita anual (*)	Gasto total operacional (años 01 y 12) / población beneficiaria	\$ 153.329	\$ 222.836	45,3%	El costo per cápita de la Red Asistencial tuvo una variación de 45,3%, lo que significa \$ 69.507, de mayor gasto en cada beneficiario.
	Indicador a Nivel Hospital: Costo Per cápita anual (*)	Gasto total operacional (años 06 y 12) / población beneficiaria	\$ 62.141	\$ 71.198	14,6%	El costo per cápita en el HLT desde el año 2006 al año 2012 tuvo una variación de 14,6%, lo que significa \$ 9.057, de mayor gasto en cada beneficiario.
	Costo unitario de producción (*)	Total Gasto operacional / Total Ingreso Operacional	0,99	1,04	5,2%	
	Nivel de deuda (*)	[(Gasto Devengado - Gasto Pagado) / Gasto Devengado]	3,9%	1,7%	-55,2%	Nivel de endeudamiento disminuyó porcentualmente en la actualidad, lográndose mayor equilibrio financiero.
	Variación de presupuesto (*)	Presupuesto de Gasto año Base y presupuesto Gasto año actual	89.986.132	193.458.031	115,0%	El presupuesto de Gasto tuvo un aumento del 115%
	Variación del costo de producción (*)	Indicador a Nivel Servicio Salud: [Gasto total operacional año t / Ingresos Total Operacional año t]	0,991	1,042	5,20%	El costo de producción a nivel de Red Asistencial, entre el año 2001 y El año 2012, presentó una variación del 5,2% de aumento.
		Indicador a Nivel de Hospital: [Gasto total operacional año t / Ingresos Total Operacional año t]	0,989	0,997	0,77%	El costo de producción a nivel del Hospital entre el año 2006 y el año 2012, no presentó variación considerable.

TIPO-INDICADOR	NOMBRE	INDICADOR	RESULTADO		VARIACIÓN PORCENTUAL	COMENTARIO
			EX ANTE (año base)	EX POST (periodo actual)		
	Variación en tasa de Recuperación de ingresos propios (*)	[Ingresos Propios percibidos año t / Ingresos Propios devengados año t] * 100	86,2%	60,5%	-29,8%	La recuperación de ingresos propios de la Red Asistencial disminuyó en un 30% en el año 2012, en comparación al año 2001.
	Mecanismos de financiamiento (*)	(Ingresos x transferencias año t / total de ingresos año t)	91%	95%	4,5%	Excluidas las transferencias APS, la Red Asistencial disminuyó su financiamiento por ingresos propios y al año 2012 la participación de las transferencias en el financiamiento aumentan un 4,5%.
		(Ingresos Propios año t / total de ingresos año t)	7%	2%	-69,3%	
	Costos de Administración (*)	Gasto en sub. 22 / Gasto total Operacional	26,5%	52,7%	98,8%	El gasto del subtítulo 22 de la Red Asistencial para el año 2012 aumentó a casi el doble en comparación con el año 2001.
	Variación del gasto operacional (*)	Gasto Operacional en año base y Gasto Operacional actual	66.709.451	132.655.869	98,9%	Gasto operacional entre el año 2001 y 2012 aumentó en un 99%
	Dotación de camas en nivel terciario	(Total de camas disponibles de la red / total población beneficiaria)*1000	3,64	2,37	-34,9%	La disponibilidad de camas a pesar del aumento de ellas originada por el nuevo establecimiento, se redujo especialmente por el efecto de Terremoto año 2010.
	Intervalo de sustitución	[(Días Camas Disponibles - Días Cama Ocupados) / total de egresos]	3,3	2,2	-34%	Este indicador muestra un mejor uso del recurso camas. Al disminuir el tiempo promedio, en días, que dura desocupada una cama.
	Índice de rotación	Total de egresos de la red / total de camas reales de la red.	37,18	43,55	17%	Se logra una mayor eficiencia en uso de las camas en el periodo.

Fuente: Elaboración Propia.

(*) Todos los datos relativos a gastos e ingresos están expresados en moneda de diciembre de 2012.

Cuadro nº 198:
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE⁷⁶

TIPO-INDICADOR	NOMBRE	INDICADOR	RESULTADO		VARIACIÓN PORCENTUAL	COMENTARIO
			EX ANTE (año base)	EX POST (periodo actual)		
Resultados Sanitarios	Tasa de nacidos vivos	(Total Nacidos vivos/ población asignada) *1000	18,9	13,8	-27,2%	Disminución de Tasa a causa de disminución de partos (dato ex post año 2010).
	Índice de Mortalidad	(Total de fallecidos / población total asignada)*1000	3,7	4,1	9,9%	
Población	Cobertura	(Total de pacientes por programa atendidos / total de población beneficiaria)**	1,19	2,10	76,2%	Información rutificada de población atendida no disponible. Se consideró total de actividades de los programas por población beneficiaria.
	Accesibilidad	Población atendida / población beneficiaria				Información rutificada de población atendida no disponible.
Producción	Producción Asistencial					
		Consultas Totales	1.512.375	3.362.049	122,3%	Se muestra un crecimiento de las consultas totales, explicado por las consultas de urgencias y el efecto complementario en consultas infantiles entre el H. Sotero del Río y HPH.
		Consultas Urgencia	503.936	1.463.351	190,4%	La apertura primero del servicio de Urgencia infantil y luego adulto del HPH, colaboró a generar un aumento en las consultas de urgencia atendidas, pues gran parte de las nuevas consultas obedecen al aumento de oferta, ya que la demanda existía, pero se auto-derivaba a establecimientos de otras redes asistenciales.
		Intervenciones Quirúrgicas Totales	40.311	69.041	71,3%	Se produjo un efecto complementario entre el Hospital Dr. Sotero del Río y HPH.
		Partos	13.502	12.061	-10,7%	Esta cifra se explica por la disminución de la tasa de Natalidad y la oferta privada de partos.
	Tasa de Egresos hospitalarios					
		(Total de egresos / población beneficiaria) *1000	74	69	-6,8%	Si bien en número los egresos del año 2012 son muy superiores a los del año base, debido al aumento de población beneficiaria, porcentualmente se produce una reducción del indicador en un 6,8%.

⁷⁶ Años de comparación (1998-2012). En aquellos casos en que la información 2012 no está disponible se utilizó año 2011.

TIPO-INDICADOR	NOMBRE	INDICADOR	RESULTADO		VARIACIÓN PORCENTUAL	COMENTARIO
			EX ANTE (año base)	EX POST (periodo actual)		
	Variación de días de estada	(días de estada ex antes-días de estada ex post)	275.797	456.616	65,6%	Los días de estada se incrementaron considerablemente en un 79%, lo cual resulta compatible con el incremento en las Urgencias del periodo, que generalmente es la puerta de entrada a las hospitalizaciones.
	Tasa de consultas	Total de consultas/ total de población beneficiaria	2,3	2,6	13,5%	Si bien en número de consultas del año 2012 son superiores a los del año base, debido al aumento de población beneficiaria, porcentualmente el número de consultas por beneficiario aumenta en un 13,5%, lo cual es un gran indicador en cuanto a que el esfuerzo de la red ha mostrado superar el aumento de la población.
Recursos para la Salud	Ejecución Presupuestaria (*)	(gasto ejecutado / presupuesto asignado)*100	100,80	97,46	-3,3%	El nivel de ejecución del presupuesto de gasto muestra un deterioro entre el año 2000 y el 2012.
		(Ingreso ejecutado / presupuesto asignado)*100	98,86	99,92	1,1%	El nivel de ejecución del presupuesto de ingresos muestra una mejoría entre el año 2000 y el 2012.
	Unidades de Salud Disponibles	Nº de establecimientos de Salud en cada nivel de atención.	8APS; 1 Centros secundarios; 1 Hospitales	13APS; 3 Centros secundarios; 2 Hospitales	5 APS; 2 Centros secundarios; 1 Hospital	Establecimientos del área del nuevo establecimiento.
	Indicador a nivel Servicio: Costo Per cápita anual (*)	Gasto total operacional (años 01 y 12) / población beneficiaria	\$ 64.704	\$ 113.205	75,0%	El costo per cápita de la Red Asistencial tuvo una variación de 75%, lo que significa \$ 48.501, de mayor gasto en cada beneficiario.
	Indicador a Nivel Hospital: Costo Per cápita anual (*)	Gasto total operacional (años 06 y 12) / población beneficiaria	\$ 50.687	\$ 70.902	39,9%	El costo per cápita en el HPH desde el año 2002 al año 2012 tuvo una variación de 39,9%, lo que significa \$ 20.215, de mayor gasto en cada beneficiario.
	Costo unitario de producción (*)	Total Gasto operacional / Total Ingreso Operacional	101,7%	105,2%	3,4%	
	Nivel de deuda (*)	[(Gasto Devengado - Gasto Pagado) / Gasto Devengado]	3,5%	0,0%	-100,0%	Nivel de endeudamiento disminuyó al año 2012, lográndose un equilibrio financiero.
	Variación de presupuesto (*)	Presupuesto de Gasto año Base y presupuesto Gasto año actual	61.844.410	205.979.098	233,1%	El presupuesto tuvo un aumento de 233%.
	Variación del costo de producción (*)	Indicador a Nivel Servicio Salud: [Gasto total operacional año t / Ingresos Total Operacional año t]	1,02	1,05	3,4%	El costo de producción a nivel de Red Asistencial, entre el 2000 y 2012, presentó un aumento del 3,4% .

TIPO-INDICADOR	NOMBRE	INDICADOR	RESULTADO		VARIACIÓN PORCENTUAL	COMENTARIO
			EX ANTE (año base)	EX POST (periodo actual)		
		Indicador a Nivel de Hospital: [Gasto total operacional año t / Ingresos Total Operacional año t]	0,970	0,989	2,0%	El costo de producción a nivel del Hospital entre el año 2002 y el año 2012, no presentó variación considerable.
	Variación en tasa de Recuperación de ingresos propios (*)	[Ingresos Propios percibidos año t / Ingresos Propios devengados año t] * 100	84,6%	89,7%	6,0%	La recuperación de ingresos propios de la Red Asistencial aumentó en un 6% en el año 2012, en comparación al año 2000.
	Mecanismos de financiamiento (*)	(Ingresos x transferencias año t / total de ingresos año t)	93,3%	95,1%	1,9%	Excluidas las transferencias APS, la Red Asistencial disminuyó su financiamiento por ingresos propios y al año 2012 la participación de las transferencias en el financiamiento aumentan en un 1,9%.
		(Ingresos Propios año t / total de ingresos año t)	5,5%	2,2%	-59,7%	
	Costos de Administración (*)	Gasto en sub. 22 / Gasto total Operacional	22,4%	43,3%	93,8%	El gasto del subtítulo 22 de la Red Asistencial para el año 2012 aumentó a casi el doble en comparación con el año 2000.
	Variación del gasto operacional (*)	Gasto Operacional en año base y Gasto Operacional actual	46.579.521	122.789.833	163,6%	Gasto operacional entre el año base y 2012 aumentó en 163,6%
	Dotación de camas en nivel terciario	(Total de camas disponibles de la red / total población beneficiaria)*1000	1,8	1,4	-22,4%	La disponibilidad de camas a pesar del aumento de ellas originada por el nuevo establecimiento, se redujo principalmente por el gran crecimiento de la población beneficiaria que no fue acompañada por recursos en forma proporcional.
	Intervalo de sustitución	[(Días Camas Disponibles - Días Cama Ocupados) / total de egresos]	3,3	1,4	-56,7%	Este indicador muestra un mejor uso del recurso camas. Al disminuir el tiempo promedio, en días, que dura desocupada una cama.
	Índice de rotación	Total de egresos de la red / total de camas reales de la red.	40,09	48,11	20,0%	Esta cifra representa un incremento en la eficiencia de los usos del recurso camas de un 20% en el período.

Fuente: Elaboración Propia.

(*) Todos los datos relativos a gastos e ingresos están expresados en moneda de diciembre de 2012.

5. Buenas prácticas: fortalezas de las redes asistenciales y su impacto en la eficiencia de cada red

A continuación se presentan los elementos más destacados, los que a su vez constituyen lo que puede definirse como “**buenas prácticas**”⁷⁷ en la gestión de recursos en salud y que comparten ambas redes asistenciales en estudio, las que han aplicado estas prácticas en la gestión de sus redes asistenciales:

a) Estructura de la red asistencial y sus establecimientos

La progresiva y creciente definición de los perfiles de cada tipo de establecimiento que constituye la red asistencial es una fortaleza actual de los SS; esto permite homologar carteras de servicios y tipo de prestaciones en cada SS de acuerdo al tipo y nivel de complejidad de sus establecimientos, dándoles una coherencia a los modelos de referencia y contra-referencia a nivel nacional. Esto permite además la existencia de normativas aplicables en forma homogénea y una mayor eficiencia en el uso de los recursos a partir del perfeccionamiento continuo y adaptación de dicha cartera de servicios a las necesidades de los programas de salud a ser implementados.

b) El rol del Gestor de Red y del Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA):

La creación de estas figuras dentro de cada SS a partir del proceso de Reforma Sectorial de la década del 2000, se convierte en una fortaleza del modelo de organización de redes asistenciales actualmente vigente. La mirada completa de la red asistencial y sus derivaciones a macro redes tanto para la atención electiva como de urgencia, permite una mejor coordinación entre los establecimientos y le imprimen una mayor eficiencia en el uso de los recursos y una mejor calidad y garantía de continuidad a la atención brindada a sus beneficiarios. Facilita la mejor utilización de la infraestructura y reduce la existencia de capacidades ociosas dentro de las redes.

Este diseño contrarresta la **fragmentación** que caracteriza los sistemas de salud, la que es definida por la OPS como “la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial”. Con todo, el modelo tiene ciertamente posibilidades de ser optimizado, con algunas de las estrategias que se señalan en los puntos siguientes.

c) Incorporación de establecimientos para la derivación de pacientes hospitalizados (“hospitales de descarga”)

Una de las **debilidades** observables en las redes asistenciales a nivel nacional y en particular para las redes de los Servicios de Salud Metropolitano Oriente y Sur Oriente, antes de la incorporación de los nuevos establecimientos, es la carencia de los llamados “hospitales de descarga”⁷⁸, que se

⁷⁷ Recopilación de evidencias en diversos estudios y opiniones del Ministerio de Salud y de criterio de experto.

⁷⁸ Hospital de descarga: terminología utilizada para identificar hospitales de menor complejidad, a los que aquellos de mayor complejidad referencian a pacientes, que pasando su etapa aguda requieren de cuidados hospitalarios, pero no

definen como aquellos que permiten la referencia de pacientes que no requieren cuidados de alta especialización, habitualmente con posterioridad a una fase aguda de su enfermedad, lo cual representa una debilidad del sistema público de salud.

d) Definición de protocolos de atención y normativas de referencia y contra-referencia:

Los “protocolos de atención” para determinadas patologías definen no sólo la *mejor forma de asistir al paciente* portador de determinada condición de salud a partir de las mejores prácticas, sino que además definen el *tipo de prestaciones a ser realizadas* en las diferentes fases evolutivas de su problema de salud, lo cual se expresa entre otros a través de los *flujogramas de atención*.

Lo anterior permite asignar a diferentes tipos de establecimientos y niveles de complejidad, la realización de prestaciones que se incorporan en las distintas fases evolutivas. Se estructura, como consecuencia de ello, un *modelo de referencia y contra-referencia del paciente dentro de la red para el cumplimiento del protocolo*, lo cual se traduce en una normativa de aplicación homogénea dentro del sistema. Es decir, el protocolo establece en qué nivel de atención (APS, nivel secundario o nivel terciario) se ha de realizar determinada prestación o atención de salud, para dar cumplimiento a los diferentes protocolos de atención. Siendo que los protocolos son de aplicación en todo el sistema público de salud, cada red de atención puede definir entonces su red de derivaciones para cada patología o problema de salud que se encuentra protocolizado.

La existencia de protocolos ha sido creciente en nuestro país, pues permite una definición ajustada a las necesidades de la población, de la cartera de servicios de los distintos establecimientos de la red a nivel de SS y a nivel nacional. En las redes asistenciales en estudio, una debilidad estaba dada por la escasa y / o la carencia de dichos protocolos.

e) Los sistemas de información y la gestión de la red

La información en el ámbito de las políticas públicas en salud debe ser considerada como un activo estratégico; las buenas prácticas plantean la necesidad de sistemas informatizados interoperables, utilizando sistemas probados y reutilizables por diferentes entidades, tanto a nivel central como de los SS.

Según antecedentes aportados por el MINSAL⁷⁹, el 80% de los registros en el sistema público de salud se realizan aún en la actualidad en papel, es decir en forma manual, lo cual impacta en la calidad, confiabilidad y oportunidad de la información, así como en un importante consumo de tiempo por parte de los profesionales y funcionarios del sistema. Por su parte, generan duplicidad de información, escasa sistematización y problemas al momento de utilizar dicha información para la gestión y definición de políticas y estrategias sectoriales.

de alta especialización, sino más bien cuidados de enfermería y seguimiento médico. Esto permite aumentar las camas disponibles en el establecimiento de alta complejidad.

⁷⁹ Documento “Mapa de ruta - Plan Estratégico de TI e-salud 2011 2020” MINSAL 2013

Los sistemas en la fase ex ante no están centrados en el paciente, es decir, el foco no está puesto en los registros asociados a la actividad asistencial directa del paciente. Por otro lado, no eran homogéneos en su diseño y operatividad, lo cual no permitía comparar la información disponible. Los sistemas informáticos en sí eran escasos y la cobertura muy baja, cubriendo sólo segmentos del proceso asistencial, con lo cual no era posible hacer un seguimiento del proceso completo a cada paciente.

Esta problemática recién descrita afecta al sistema público de salud en su conjunto, incluyendo ambas redes en estudio.

f) Cuantificación de brechas de oferta y demanda

El tener información actualizada y periódica de la oferta disponible en cada establecimiento de la red asistencial es un elemento central para la adecuada utilización de los recursos y el funcionamiento óptimo de los sistemas de referencia y contra referencia. La oferta se mide a través de la *producción*, lo cual parte del supuesto que toda la oferta potencial disponible es utilizada y por tanto equivalente a la producción.

Si bien la gestión de los establecimientos tiene una fuerte orientación hacia lograr los máximos niveles de eficiencia en el uso de los recursos, este objetivo no siempre se logra, existiendo particularmente infraestructura con capacidad ociosa, frecuentemente por restricciones en la disponibilidad de recursos humanos especializados. Un ejemplo de ello son el uso de pabellones y la carencia de horas anestésista, que es un elemento crítico para su óptima utilización.

Las estimaciones de demanda para la fase ex ante indican que el sistema tenía aún más dificultades estructurales y de difícil solución que hoy en día. Así, las estimaciones, particularmente de demanda insatisfecha, casi no se conocían. Por tanto, no había una cuantificación certera de la brecha oferta-demanda, con lo cual se hace aún más complejo dimensionar en qué recursos se produce la mayor brecha y por otro lado, en qué medida la puesta en marcha de los nuevos Hospitales Luis Tisné y Padre Hurtado, dentro de las redes SSMD y SSMSO, respectivamente, han disminuido dicha brecha.

VII. ANALISIS DE METODOLOGÍA PARA FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN EN PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD

Los proyectos de inversión en infraestructura asistencial del sector salud tienen por objetivo salvar vidas, reducir las enfermedades y potenciar el estado de “bienestar”. Por lo tanto, desde el punto de vista económico, la salud contribuye a la formación y mantención de capital humano, en el sentido de que las personas, como agentes productivos, se mantienen en buen estado de salud o son recuperadas de alguna enfermedad y como resultado se obtiene un retorno en el futuro.

Sin embargo, la valoración monetaria de los beneficios de este tipo de proyectos resulta bastante compleja; por ello, para tomar la decisión acerca de la conveniencia de ejecutar un proyecto, se utiliza una metodología de **Costo - Efectividad**. En ésta, se parte de la definición de objetivos en la provisión de salud y luego se busca la alternativa que logra ese objetivo al mínimo costo total. Aquellos proyectos que pueden probar lo indicado son aquellos que efectivamente se desarrollan, el tema entonces es que una vez que se encuentran en operación debe determinarse si efectivamente el objetivo de su diseño y ejecución se ha cumplido, para ello dichos objetivos suelen expresarse como tasas (de consulta, control, de ocupación de camas, de exámenes radiológicos, etc.) y esas tasas se aplican a la población del área de influencia del establecimiento.

Este enfoque metodológico⁸⁰ entonces, considera como efecto del proyecto su contribución al logro de los objetivos del sector, el que se contrasta con el costo involucrado para entregar cada atención. De esta forma un proyecto de salud tiene como objetivo inmediato dar solución a problemas puntuales, claramente identificados, que en mayor o menor medida dificultan la labor del sector en el logro de sus objetivos. **Este problema se traduce generalmente en un déficit de atención, ya sea cuantitativo y/o cualitativo.**

A continuación se realiza un análisis de la metodología de formulación y evaluación ex ante en proyectos de infraestructura de salud, para luego analizar la metodología de evaluación ex post para el mismo tipo de proyecto.

⁸⁰ Extracto de “Metodología de evaluación ex post en proyectos de inversión en Salud”, Ministerio de Desarrollo Social, agosto 2013.

1. Análisis de Metodología de Formulación y Evaluación Ex Ante en Proyectos de Infraestructura en Salud

Dentro del ciclo de vida de un proyecto de inversión de infraestructura en salud se identifican tres etapas: Preinversión, Inversión y Operación, tal como a continuación se detalla.

a) **Etapla Preinversional:** para efectos metodológicos, esta etapa se divide a su vez en:

- **Idea:** Donde se identifica el problema y se definen las ideas de propuesta de solución, para lo cual actualmente se deben considerar los resultados del Estudio de Red Asistencial Regional (ERAR), Estrategia de Desarrollo Regional, modelo de atención país, entre otros.
- **Perfil:** Donde se prepara, evalúa y selecciona la mejor alternativa de solución.
- **Prefactibilidad:** Donde se profundiza los estudios definidos anteriormente.
- **Factibilidad:** Donde se estudia detalladamente la alternativa de solución seleccionada.

Estos pasos son considerados a criterio de este panel de expertos como suficientemente claros y orientadoras en el sentido de dirigir el curso del proceso para preparar y formular un proyecto de estas características.

En el mismo sentido cabe señalar que **en el caso particular de los proyectos objeto de este estudio, esta etapa de estudio preinversional, no fue habida, y además, en la época en que ello ocurrió, la metodología actual no estaba vigente.** Así, según los antecedentes recogidos en entrevistas, los aspectos que actualmente se consideran para los estudios preinversionales, no lo eran en los años 90, ya que si bien se mencionaba el concepto de Red, no era el foco sobre el cual se levantaba el proyecto, el que más bien se refería directamente a los resultados esperados del establecimiento dentro del Servicio de Salud específico. **Por ello, no es posible realizar un pronunciamiento sobre las variables y las estimaciones realizadas en los proyectos de construcción de los hospitales Luis Tisné y Padre Hurtado, dado que esto resulta inoficioso en la medida en que se trata de una metodología que no se usa hace más de una década.**

b) **Etapla de Inversión:** una vez definida y optimizada la mejor alternativa para solucionar el problema identificado se inicia la etapa de Inversión, en la cual se define:

- **El Diseño arquitectónico,** que es la ingeniería y programación de actividades.
- **La ejecución,** que es la construcción de las obras y actividades definidas.

En el caso particular de los proyectos en estudio, solo fue posible acceder a ciertos antecedentes sobre el diseño, la ejecución y los costos del establecimiento H. Luis Tisné⁸¹

⁸²

⁸¹ Para realizar una correcta aplicación de la metodología, es fundamental contar como insumo con los EPH de cada proyecto, que en este caso no se ubicaron, por lo cual debe existir una normativa que exija el resguardo de dichos

- c) **Etapas de Operación:** es la etapa en la cual se generan o producen las prestaciones y acciones de Salud. Para poder determinar si el proyecto ejecutado ha dado los resultados y ha cumplido con el objetivo para el cual se diseñó y construyó, se realiza una **evaluación ex – post**. La metodología para este tipo de evaluación se revisa en el apartado siguiente.

2. Análisis de Metodología de Evaluación Ex Post en Proyectos de Infraestructura en Salud

Como ya se ha mencionado en capítulos anteriores, la evaluación ex – post constituye un proceso que cierra el ciclo de vida de un proyecto, complementando de esta manera las etapas de pre-inversión, inversión y operación, con un análisis comparativo que permite establecer en qué medida se han alcanzado los objetivos definidos y cuales han sido los recursos involucrados en dicho logro. Al mismo tiempo, los resultados de estas experiencias deben servir para retroalimentar el proceso en sus diferentes etapas, mejorando la administración y gestión de proyectos de similar tipología, es por ello que esta consultoría pretende dar una visión en cuanto a las *bondades y/o deficiencias que esta etapa aporta al proceso*, de tal manera que sea un aporte a futuras evaluaciones en este ámbito.

En términos generales, la metodología ex – post consiste básicamente en la revisión, una vez terminada la etapa de ejecución de una determinada iniciativa de inversión, del logro de objetivos planteados inicialmente, mediante la obtención de resultados esperados y determinando las desviaciones generadas, buscando definir las posibles causas. En el sector Salud, estas posibles desviaciones se dan debido a una movilidad de factores, tecnologías y cambios en las diferentes variables que pueden no ser predecibles con anticipación, y pueden generar o inducir a conclusiones erróneas en cuanto se le atribuya al proyecto logros o deficiencias que no son necesariamente originadas o producto del proyecto de inversión a evaluar.

Al inicio de los años 90, que corresponde al período de generación de los proyectos objeto de esta evaluación, si bien se conocía el término *Red asistencial*, éste era entendido principalmente como una organización jerárquica de los establecimientos, basada en los niveles de complejidad médica de los problemas de salud que resolvía cada uno de ellos. En esta concepción del término *Red*, la complejidad efectiva de los establecimientos se definía por el nivel de especialización del recurso humano y la disponibilidad de tecnología diagnóstica terapéutica. De acuerdo con ello, los niveles de complejidad correspondían a tres niveles: primario, secundario y terciario.

En la actualidad, si bien se mantiene la diferenciación en los tres niveles de atención, el fortalecimiento y la modernización del sector público de salud ha orientado o privilegiado el desarrollo de un modelo de atención de salud eminentemente ambulatorio impulsando la integración del nivel primario de atención con el resto del sistema además de promover la complementación público privada y la apertura del sistema hacia la intersectorialidad y la participación social. Además, el aumento en el conocimiento de patologías, la identificación de

documentos en las respectivas unidades técnicas por un plazo y en medios determinado, esto independiente de las personas que estén cumpliendo el rol en el momento de la evaluación.

⁸² Datos entregados en capítulos anteriores.

nuevas causas en ellas y el avance tecnológico en el diagnóstico y tratamiento, han generado una variación en lo considerado “complejo”, pues antes la complejidad sólo era vista en el nivel terciario, asociada principalmente a la atención de especialidad y/o atención cerrada-hospitalizada.

Es así como **actualmente la Red Asistencial es entendida como un sistema de referencia y contra referencia** -más que como una organización jerárquica de los establecimientos de salud- como un sistema que entrega un complejo tramado de prestaciones y acciones en el área de la salud del individuo y su comunidad. Lo anterior se enmarca en el entendido de que el estado de salud tiene diferentes componentes, individuales, sociales y comunitarios, definidos por los determinantes sociales, que impactan en el bienestar físico, mental y socio económico del individuo y su entorno. En este marco, la complejidad de las acciones en salud no solo se verifica a nivel terciario, que si bien sigue concentrando los recursos más especializados, es el punto de llegada solamente cuando las acciones en salud en los otros niveles no han logrado recuperar o mantener el bienestar físico o mental de la población beneficiaria. En pocas palabras, y debido a la complejización del entorno a través de los años, la red asistencial se ha ido complejizando en cada nivel de atención, por lo que *la citada complejidad ya no es exclusiva del nivel terciario*. Es por ello que se habla de un tramado complejo tipo “red de pesca”, en que cada parte es fundamental para sostener y lograr el objetivo.

Aspectos críticos de la metodología actual

Como ya hemos señalado, la evaluación ex post de los proyectos de infraestructura asistencial de salud se orienta a determinar si éstos han cumplido con los objetivos planteados en la etapa de preinversión. De esta manera, se debe analizar si los proyectos han contribuido a cerrar la brecha existente entre oferta y demanda de atenciones, para lo cual se utiliza el cálculo de la **estimación de la brecha de atenciones**⁸³, que en términos simples es la diferencia cuantitativa entre la oferta y la demanda de prestaciones en salud.

Pero ¿qué pasa si la demanda se mal estima? El resultado de la fórmula de cálculo, por muy bien realizada que esté, ¿es efectivamente concluyente? Es en este punto donde hacemos un alcance, pues en la actualidad, aunque están claras la definición y su fórmula de cálculo⁸⁴, **el tema en discusión es si efectivamente la tasa de uso es el coeficiente más adecuado para generar la estimación de demanda en acciones de salud**. No se trata de un asunto simple, entre otras cosas por la complejidad de las necesidades de salud de la población objetivo, los sub-registros existentes, las deficiencias en los sistemas informatizados que aún no logran interconectar a todo el sistema de salud en tiempo real, y porque la tasa de uso tiene como base las atenciones totales efectivamente entregadas, por lo cual no considera la demanda insatisfecha, es decir el total de prestaciones que se requirieron pero que no se otorgaron. Por lo anteriormente señalado, **estos consultores sugieren que se revise la fórmula de cálculo de demanda y se corrija o anexe a la tasa de uso, una variable que represente la estimación de prestaciones solicitadas, pero no otorgadas**⁸⁵.

⁸³ Brecha de atenciones= Demanda de atenciones- oferta de atenciones.

⁸⁴ Demanda= Población beneficiaria x tasa de uso (atención entregada / beneficiario)

⁸⁵ Se sugiere desarrollar un coeficiente compuesto que incluya una variable que represente listas de espera.

En la actualidad se realizan proyecciones de demanda en base a los indicadores sanitarios disponibles, la situación epidemiológica y demográfica estimada de la Red a reforzar, pero debido a los avances tecnológicos, a la movilidad de la población según sus recursos disponibles, los niveles culturales, de formación formal e informal de las nuevas generaciones e incluso a las nuevas formas de vida que adoptan las familias, estas estimaciones pueden quedar sub o sobre estimadas en relación a los requerimientos de salud por parte de la población. Por esta razón, **se sugiere realizar una revisión de los coeficientes técnicos actuales, dando mayor peso específico a las variables demográficas y epidemiológicas, por sobre la actividad realizada.**

La **evaluación de la calidad de los productos** puede realizarse desde una perspectiva técnica (estándares técnicos) como también desde la perspectiva de los beneficiarios del proyecto (satisfacción de usuarios), lo cual es un aspecto fundamental, pues la percepción del usuario sobre la atención y su situación de salud es un factor que se ha determinado como relevante en la mantención o recuperación del estado de bienestar del usuario y su entorno. **Este es un aspecto de la metodología que debe mantenerse y relevarse por la cantidad de información que aporta.**

El **tamaño del proyecto de infraestructura, y los recursos físicos, humanos y financieros necesarios para producir este proyecto**, deben considerar la cantidad de “producto a entregar”. Para ello es fundamental considerar varios factores: en primer lugar, se debe identificar cuál es la población objetivo - que en el caso de un proyecto de salud es la población beneficiaria del sistema público- y su perfil socio- económico y cultural; en segundo lugar, se requiere identificar cuál es la posible oferta del sector salud privado a la cual dicha población tiene acceso; en tercer lugar, es fundamental revisar el área de influencia, pues el perfil socio- económico y cultural de su población beneficiaria posiblemente presentará diferentes necesidades de acciones en salud, de manera que los coeficientes de uso serán distintos. Con todos estos elementos, se determina los requerimientos de recursos físicos, humanos y financieros. **Estos aspectos son efectivamente recogidos y tratados al utilizar la metodología de evaluación ex post de proyectos de infraestructura en el sector de salud actualmente en uso, lo cual es un aspecto reconocido por estos consultores como positivo y necesario.**

A modo de **conclusión** se puede indicar que la metodología actual utilizada para realizar evaluaciones ex post de proyectos de infraestructura en Salud, tiene un formato y procedimiento orientador, que destaca y resalta los aspectos necesarios a revisar, y además presenta una secuencia lógica y entendible de seguir, que distingue tres tiempos de análisis: de la Situación Base (donde se recogen y revisan los antecedentes del ex ante del proyecto), de la Etapa de Inversión del Proyecto (revisión de EPH y su ejecución) y de la Etapa de Operación del Proyecto (revisión de los resultados y contraste con lo estimado, etapa en la cual como ya se mencionó, debe cuidarse en no atribuir resultados al proyecto que no le son propios sino que es un conjunto de cambios en el área de influencia, perfil de la población, etc.).

La metodología también reconoce la concepción moderna de trabajo en **Red Asistencial**, como un tramado de diferente tipo de acciones de salud para mantener o recuperar el nivel de salud de la población, en beneficio social de la comunidad, el mejor nivel y utilización de los recursos y la economía del país. Específicamente, la metodología reconoce que la incorporación de un nuevo establecimiento de salud al Trabajo en Red afectará con externalidades positivas y/o negativas no sólo a los establecimientos de la propia Red, sino que al resto del Sistema de salud, siendo o no del mismo Servicio de Salud (según poblaciones asignadas), y que puede impactar generando complementariedad en Prestaciones y en otros casos sustitución dentro de la misma Red, y de

igual forma afectar a otras Redes de Salud. **Este reconocimiento es un aspecto considerado como muy positivo, ya que permite dar una visión general a los resultados en inversiones en infraestructura en Salud, al Sistema Sanitario de la región y el País.**

En el caso particular de las inversiones que originaron este estudio se puede indicar que con la actual concepción de Red Asistencial , al revisar la producción ex post en el Servicio de Salud Sur Oriente se observó que con la incorporación del H. Padre Hurtado se produjo una disminución de partos en el Hospital Base (H. Sótero del Río) , es decir se generó un efecto de sustitución en cuanto a que al aumentar oferta, la demanda se distribuyó, pero además a partir del año 2002, se observó una disminución general a nivel de Servicio de Salud. Por otro lado, en el caso del Servicio de Salud Oriente, se observó un aumento de partos con la incorporación del H. Luis Tisné, a causa de la ubicación del nuevo establecimiento, que además de recoger la demanda del propio Servicio de Salud y en especial de la comuna de Peñalolén, atrajo demanda de otras comunas aledañas como La Florida, cuya población beneficiaria está asignada al Servicio de Salud Sur Oriente. La similitud socio- económica de la población, urbanización, accesibilidad vial, seguridad, y otros parámetros no sanitarios incidieron en el efecto señalado.

De igual forma los modelos de gestión y normativa legal que rigen a los establecimientos de ambas redes son factores que inciden en la auto derivación de población entre las redes de Salud Sur Oriente y Oriente para el caso de partos.

Finalmente, puede señalarse también como como **elementos que nuestro juicio deben mantenerse en la metodología de evaluación ex post**, en concreto, la evaluación de la calidad de los productos desde una perspectiva técnica y de los beneficiarios del proyecto; y la consideración de diversos factores para determinar el tamaño del proyecto de infraestructura.

Por el contrario, **los elementos que desde nuestra perspectiva son mejorables**, corresponden a la fórmula de cálculo de demanda, que requiere ser corregida o bien complementada con alguna variable que represente la estimación de prestaciones solicitadas pero no otorgadas, y los coeficientes técnicos actuales, que requieren una revisión que dé mayor peso específico a las variables demográficas y epidemiológicas, por sobre la actividad realizada.

VIII.CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS FINALES

La incorporación de un nuevo establecimiento a una red asistencial implica un conjunto de desafíos y oportunidades. El aumento en la oferta de prestaciones viene a satisfacer una creciente demanda insatisfecha, mejorando la oportunidad y el acceso a los servicios sanitarios para la población beneficiaria. Por otro lado, el nuevo establecimiento implica una inyección de recursos adicionales (humanos, tecnológicos y financieros) que imponen a los administradores nuevos desafíos de gestión. Es por eso que **en ambos Servicios de Salud se observa un aumento en el presupuesto de ingreso y gasto, pero lo más relevante de destacar en este ámbito está en relación a los resultados operacionales** (total de ingresos de operación que cubren los gastos de operación), **ya que en ambos casos los hospitales mostraron mejores resultados operacionales que los de sus respectivos Servicios de Salud.**

En concreto, en el *Servicio de Salud Sur Oriente*, los resultados operacionales fueron en general negativos, sin embargo, en el caso del H. Padre Hurtado estos fueron positivos. En el caso del *Servicio de Salud Metropolitano Oriente*, los resultados operacionales fueron mejores que los del Servicio de Salud Sur Oriente, pero de igual forma en el periodo analizado fueron a la baja, y en el caso del Hospital Luis Tisné si bien el efecto fue mucho menor, es decir, mostró resultados operacionales mejores a los del Servicio de Salud-, han seguido una tendencia similar a la del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

En vista de los efectos mencionados anteriormente, es posible inferir en *estos dos casos* que **el comportamiento financiero presupuestario del Servicio de Salud incide directamente sobre el comportamiento de sus establecimientos. Lo anterior se explica en cada caso de la siguiente manera:**

- si bien el Hospital Luis Tisné es un EARS (Establecimiento Autogestionado en Red de Salud), es dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Oriente y sigue una tendencia mejor, pero similar a su Servicio de Salud, que en este caso ha tenido un buen desempeño financiero.
- en cambio, en el caso del Hospital Padre Hurtado, al no depender financieramente del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y dado a que los resultados de este Servicio de Salud no han sido positivos, se evidencia en este aspecto que la condición de EE (Establecimiento Experimental) le ha sido favorable, ya que ha podido desarrollar sus actividades en un marco presupuestario mejor al que tiene el Servicio de Salud.

Por lo señalado anteriormente, se concluye que **la pertenencia administrativa y financiera a un Servicio de Salud afecta entre otras cosas a un establecimiento dependiente**, porque la gestión del “Gestor de red” incide positiva o negativamente en los resultados financieros. Este es el caso del Hospital Luis Tisné que si bien es un establecimiento EARS, depende del Servicio de Salud; en cambio en el caso del Hospital Padre Hurtado, que es un EE, los resultados financieros presupuestarios pueden reflejar de manera más directa la gestión propia de sus directivos.

Es importante destacar que **en ambos proyectos el incremento en la disponibilidad de recursos financieros afectó directamente a los beneficiarios.** Es así como el gasto operacional per cápita

subió de M\$ 153 a M\$ 223 en la Red del Servicio de Salud Oriente; y en el caso de la Red del Servicio de Salud Sur Oriente, dicho valor subió de M\$65 a M\$ 113 desde el año 2000 al año 2012.

En cuanto a los niveles de producción a niveles agregados, en ambas Redes Asistenciales se vieron incrementados, por lo cual se concluye que **la incorporación de ambos establecimientos a sus redes asistenciales mejoró el acceso a la atención de salud de la población beneficiaria**, lo cual se tradujo en aumento de cobertura en el caso del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, pero no así en el caso del Servicio de Salud Metropolitano Oriente que a pesar del aumento de la población mantuvo la cobertura, como era la premisa del proyecto Minsal- Banco Mundial.

Si se hace una revisión del objetivo explicitado en el proyecto Minsal- Banco Mundial actualizado al año 1994, **en el caso del proyecto del Hospital Padre Hurtado se concluye que cumplió con el objetivo de responder al 30% de demanda al año 2000**, pues en consultas se generó un 23% por sobre lo estimado (224.441 consultas) y en el caso de egresos se generó 1,5% por sobre lo estimado (19.323 egresos). Por otro lado se concluye que **en ciertas prestaciones analizadas la incorporación del Hospital Padre Hurtado produjo un complemento a las prestaciones del hospital base (Hospital Sotero del Río)** como es en el caso de atenciones pediátricas, **pero en otras se generó un efecto sustitución** como es en el caso de partos, que en el hospital base disminuyeron por efecto de oferta en el Hospital Padre Hurtado, pero además por la oferta y mejor accesibilidad a la población de Peñalolén que se auto derivó a su recinto de referencia, el Hospital Luis Tisné.

En el caso del proyecto Hospital Luis Tisné de la Red del Servicio de Salud Oriente, si se hace recuerdo del objetivo diseñado en el proyecto Minsal – Banco Mundial: “cubrir la atención materna y quirúrgica más prevalente del servicio con lo que se permitiría generar mayor disponibilidad en el hospital base (Hospital Salvador)”, se observó que entre los años 2002 y 2012 los egresos totales del conjunto Hospital Salvador y Luis Tisné crecieron desde 32.744 a 36.276, disminuyendo los egresos del Hospital Salvador y aumentando los del Hospital Luis Tisné, por lo tanto **si bien se produjo un efecto sustitución entre ambos establecimientos, a nivel de Servicio de Salud se produjo un incremento neto de egresos**. En el caso de las Intervenciones Quirúrgicas, estas crecieron desde el 2002 al 2012 desde 25.270 hasta 28.195 (aumento de un 11,6%), donde el Hospital Salvador disminuyó en un 23,6% y Hospital Luis Tisné aumentó en un 477%, generándose un aumento neto de Intervenciones Quirúrgicas para Red de Salud Oriente. **Por lo tanto se concluye que la incorporación del H. Luis Tisné ha dado cumplimiento al objetivo para el cual fue planteado.**

Como se ha mostrado en el documento, **el total de actividad en ambos Servicios de Salud aumentó desde el año 2000 al 2012, pero debido al gran aumento de población beneficiaria, los indicadores *per capitados* se mantuvieron o disminuyeron**. Debe hacerse entonces, una reflexión sobre los cambios en políticas públicas en Salud desde los años 90 (origen de los proyectos) hasta el 2012, por ejemplo la Reforma Sanitaria, la creación de Ley Auge, registro de población beneficiaria a partir del año 2005, incentivo en la inscripción de población en Atención Primaria de Salud (APS), énfasis en el modelo de atención en Red, que han generado que los cálculos iniciales en proyectos de inversión hospitalaria se vean subestimados. **Sin embargo y considerando los cambios de políticas públicas, sin la incorporación de estos establecimientos a sus respectivas redes, es dable presumir que los indicadores se habrían visto aún más afectados negativamente.**

En efecto, en el caso del Servicio de Salud Metropolitano Oriente la población beneficiaria incrementó su participación desde el 39,3% en el año 2002 al 49,8% en el año 2012. Para igual periodo la población total de las comunas de esta red aumentó en un 5,1%.

En el caso del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, la proporción de la población beneficiaria incrementó su participación desde el 55,5% en el año 2002 al 67,8% en el año 2012. Para igual periodo la población total de las comunas de esta red aumentó en un 13%.

Por lo señalado anteriormente y a pesar de haber realizado un levantamiento de información parcial en cuanto a que los estudios pre inversionales no fueron habidos y los registros documentales fueron reconstituidos por los panelistas en la medida de lo posible, **se puede concluir que en términos generales, ambos proyectos de infraestructura han dado respuesta a los requerimientos iniciales para los cuales fueron generados, considerando como base los requerimientos planteados en el proyecto Minsal –Banco Mundial.**

Sugerencias

En teoría, una evaluación ex -post corresponde al análisis de los resultados logrados una vez que el proyecto termina la ejecución o entra en operación, con el objetivo de medir el grado de cumplimiento de la eficacia y eficiencia del uso de los recursos de inversión pública, de modo que estos resultados permitan orientar las acciones para mejorar la evaluación ex ante y aportar a las metodologías que permitan aumentar la eficiencia del Sistema Nacional de Inversiones (SNI). Sin embargo, *dicha evaluación requiere básicamente contar con la información de origen del proyecto*, para lo cual los estudios pre inversionales y la respectivas fichas EBI- IDI, son fundamentales. Ello, en el entendido que para realizar una evaluación a mediano plazo, el proyecto debe encontrarse en operación y por lo tanto es necesario que esté claramente definido el plazo estándar para considerar un proyecto en operación viable de ser evaluado, y disponer de información de origen en forma clara, precisa y confiable, de tal manera que no sea susceptible de interpretarse o dejarse modificar por comentarios de actores involucrados.

En relación a lo anterior, **se sugiere destacar y recordar responsabilidades en la generación de proyectos y resguardo de documentación de cada una de las instituciones participantes, esto independiente de las personas que cumplan determinados roles.**

En el ámbito de Salud, dada la complejidad de prestaciones y servicios, además del perfil de la población objetivo que es muy sensible a cambios en políticas públicas en este sector, **se sugiere que se el proceso de evaluación se realice en dos etapas:**

- **una de corto plazo en cuanto el proyecto se ponga en marcha**
- **otra, en un plazo a definir, en el mediano plazo, para evaluar la operación.**

Si bien en este estudio no se pudo acceder a estimación de demanda⁸⁶, para cualquier proyecto de infraestructura en salud este antecedente es relevante, por lo cual a modo de criterio de experto

⁸⁶ No se obtuvo estudios preinversionales, solo detección de necesidades desde el punto de vista de los actores entrevistados.

de este panel, **se sugiere que para la determinación de la demanda de atenciones de salud se revise periódicamente los estándares o coeficiente de atención objetivos**, ya que actualmente se le entrega la responsabilidad de su definición al gestor de la red. En ese sentido, se puede observar que para diversas redes asistenciales se utilizan diversos estándares de atención, lo que desde el punto de vista de la programación anual de actividades puede ser muy oportuno, pero no necesariamente para la programación de inversiones importantes en infraestructura y equipamiento, ya que esto podría derivar en distintos niveles de oferta de servicios de salud para distintas poblaciones, lo cual tiene el riesgo de generar, mantener o aumentar inequidades en la población beneficiaria del país.

De esta manera la evaluación ex post a criterio de experto de este panel evaluador, sería más robusta, contundente y concluyente.

BIBLIOGRAFIA

1. ANUARIO DE DEMOGRAFÍA. INE, Registro Civil de Identificaciones y Ministerio de Salud. 1995; 1996; 1997; 1998.
2. ANUARIO S ESTADISTICOS SSMSO. 1995-2012.
3. ANUARIOS ESTADISTICOS SSMO. 1995-2012.
4. DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN CHILE. Patricia Frenz.
5. DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO SERVICIO DE SALUD SUR ORIENTE, SSMSO, año 2010.
6. ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA CON HOSPITALES, encargado por el Minsal y publicado en Enero 2012, disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bc401e507f8b72c8e040010165014d8c.pdf>
7. EVALUACIÓN COMPREHENSIVA DEL GASTO EN ESTABLECIMIENTOS EXPERIMENTALES. Gerencia Consultores S.A. abril 2012.
8. GUIA METODOLOGICA PARA ESTUDIOS DE PREINVERSION HOSPITALARIA, Ministerio de Salud, 2001, División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Departamento Desarrollo de la Red Asistencial, Registro de propiedad intelectual Nº 123.359, Diciembre de 2001, I.S.B.N. 956-7711-27-5, 1era Edición, Diciembre de 2001.
9. INFORME DE EVALUACIÓN PROYECTO MINSAL- BANCO MUNDIAL, 1999.
10. MEDICIÓN NACIONAL DE SATISFACCIÓN USUARIA EN LA RED PÚBLICA DE SALUD DE CHILE, publicada en 2009, disponible en <http://www.ssmso.cl/tmparchivos/transparente/ParticipacionCiudadana/SatisfaccionUsua ria/MEDICIONNACSATISFAC.pdf>
11. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN EX – POST SECTOR SALUD, Departamento de Estudios, División de Planificación, Estudios e Inversiones MIDEPLAN.
12. METODOLOGIA DE EVALUACIÓN EX – POST SECTOR SALUD. Ministerio de desarrollo social. Agosto 2013, Chile.
13. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, página web del DEIS.
14. ORIENTACIONES PARA EL PROCESO DE DISEÑO DE LA RED ASISTENCIAL DE LOS SERVICOS DE SALUD: PLANIFICACIÓN, IMPLEMETACIÓN Y EVALUACIÓN. Ministerio de Salud año 2012.
15. ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED. Año 2013. Ministerio de Salud de Chile - Subsecretaría de Redes Asistenciales, Septiembre 2013.

16. PRESENTACIÓN HOSPITAL LUIS TISNÉ .PPT. Año 2003.
17. PROYECTO MINSAL- BANCO MUNDIAL.1992.
18. RESOLUCIÓN 2014, DE 1979. Ministerio de Salud.
19. UN ENFOQUE DE LA SALUD QUE ABARCA LA TOTALIDAD DEL CICLO VITAL. Organización Mundial de la Salud O.M.S 2000.