

EVALUACIÓN EX POST DE HOSPITALES Y SUS REDES ASISTENCIALES

Datos Básicos

Año Evaluación Ex post MPL		2014	
Sector		Salud	
Subsector		Alta Complejidad	
Código BIP	Establecimiento	Servicio de Salud	Región
1	Hospital Dr. Luis Tisné Brousse	Metropolitano Oriente	Metropolitana
2	Hospital Padre Hurtado	Metropolitano Sur Oriente	Metropolitana

Objetivo del estudio

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, mediante el levantamiento de la línea base de la red asistencial sin hospital; el análisis del proyecto de inversión, en su operación y su efecto en la red asistencial; análisis del modelo de gestión de la red con y sin hospital; y análisis de 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.

Descripción de los proyectos

Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B. El inicio de la construcción del hospital fue el 27 de septiembre del año 1999, finalizando el 05 de abril del año 2002. 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 Quirúrgico.

Hospital Padre Hurtado. Comenzó a ser construido 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. 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 eficacia.

Indicadores

Variable	Nombre Indicador	Indicador	Variación porcentual (ex ante/ex post)	
			Servicio de Salud Metropolitano Oriente	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Resultados Sanitarios	Tasa de nacidos vivos	(Total Nacidos vivos/ población asignada) *1000	-7,9%	-27,2%
	Índice de Mortalidad	(Total de fallecidos / población total asignada)*1000	11,1%	9,9%
Población	Cobertura	(Total de pacientes por programa atendidos / total de población beneficiaria)**	-21,0%	76,2%
Producción	Producción Asistencial	Consultas Totales	8,1%	122,3%
		Consultas Urgencia	20,3%	190,4%
		Intervenciones Quirúrgicas Totales	-12,3%	71,3%
		Partos	5,0%	-10,7%
	Tasa de Egresos hospitalarios	(Total de egresos / población beneficiaria) *1000	-23,7%	-6,8%
	Variación de días de estada	(Días de estada ex antes- días de estada ex post)	-0,5%	65,6%
	Tasa de consultas	Total de consultas/ total de población beneficiaria	-21,0%	13,5%
Recursos para la Salud	Unidades de Salud Disponibles	Nº de establecimientos de Salud en cada nivel de atención.	2 APS;1 Hospital	5 APS; 2 Centros secundarios; 1 Hospital
	Costo unitario de producción (*)	Total Gasto operacional / Total Ingreso Operacional	5,2%	3,4%
	Mecanismos de financiamiento (*)	(Ingresos x transferencias año t / total de ingresos año t)	4,5%	1,9%
		(Ingresos Propios año t / total de ingresos año t)	-69,3%	-59,7%
	Costos de Administración (*)	Gasto en sub. 22 / Gasto total Operacional	98,8%	93,8%
	Dotación de camas en nivel terciario	(Total de camas disponibles de la red / total población beneficiaria)*1000	-34,9%	-22,4%
	Intervalo de sustitución	[(Días Camas Disponibles - Días Cama Ocupados) / total de egresos]	-34%	-56,7%
	Índice de rotación	Total de egresos de la red / total de camas reales de la red.	17%	20,0%
(*) Todos los datos relativos a gastos e ingresos están expresados en moneda de diciembre de 2012.				

Conclusiones

- ✓ Se observó un aumento en la oferta de prestaciones que **satisface una creciente demanda insatisfecha**, mejorando la oportunidad y el acceso a los servicios sanitarios para la población beneficiaria.
- ✓ **Ambos hospitales mostraron mejores resultados operacionales que los de sus respectivos Servicios de Salud.**
- ✓ Se observó que el **comportamiento financiero presupuestario** del Servicio de Salud incide directamente sobre el comportamiento de sus establecimientos:

(i) Si bien Hospital Luis Tisné es Establecimiento Autogestionado, es dependiente del SSM Oriente y sigue una tendencia mejor, pero similar a su Servicio de Salud, que en este caso ha tenido un buen desempeño financiero.

- (ii) En cambio, la condición de Establecimiento Experimental le ha sido favorable al Hospital Padre Hurtado, al no depender financieramente del SSM Sur Oriente, ha podido desarrollar sus actividades en un marco presupuestario mejor al que tiene el Servicio de Salud.
- ✓ **La incorporación de ambos establecimientos a sus redes asistenciales mejoró el acceso a la atención de salud de la población beneficiaria, además del aumento de actividad de la propia Red.** En efecto, se produjo una descongestión por el efecto sustitución en el caso de los partos, entre los hospitales Sótero del Río y Padre Hurtado, y también por el efecto complementario que se produjo, por ejemplo, en atenciones pediátricas entre los mismos establecimientos, mediante el aumento de oferta. Por su parte, en el caso del Hospital Luis Tisné se generó un efecto sustitución con el Hospital Salvador (efecto esperado), pero además afectó a la Red Sur Oriente, descongestionándola en cuanto a los partos.
 - ✓ **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 cápita* se mantuvieron o disminuyeron.**
 - ✓ **Ambos proyectos de infraestructura dieron respuesta a los requerimientos iniciales para los cuales fueron generados,** considerando como base los requerimientos planteados en el proyecto Minsal –Banco Mundial.
 - ✓ Sobre la utilización de una **metodología para la formulación de proyectos que concibe a los establecimientos de salud insertos en una Red Asistencial, y como tal realiza las estimaciones de producción, de demanda- oferta, de requerimientos de recursos y hasta de ubicación geográfica, es actualmente, una necesidad,** pues al tratarse la atención de salud en forma de Red, se puede determinar las externalidades positivas o negativas del nuevo proyecto dentro de todo el sistema sanitario del País.
 - ✓ En el ámbito de Salud, dada la complejidad de prestaciones y servicios, además del perfil de la población objetivo, el sector es muy sensible a cambios en políticas públicas, por tanto, **se sugiere que el proceso de evaluación se realice en dos etapas: (i) una de corto plazo en cuanto el proyecto se ponga en marcha, (ii) y otra, en un plazo a definir, en el mediano plazo, para evaluar la operación.**
 - ✓ **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.
 - ✓ Una posible estrategia para enfrentar **la estimación de demanda** más allá de utilizar la fórmula establecida en el concepto de Red, es considerar: **(i) la actividad histórica realizada por la Red (en todos sus niveles de atención), (ii) la lista de espera generada en ella, (iii) la oferta de privados insertos geográficamente en la misma Red.** A la vez, se estima necesario considerar estos mismos aspectos en las redes aledañas, comparándolos con los de la red en estudio, y considerando los indicadores sanitarios disponibles, como la situación epidemiológica y demográfica de la red, la región y el país.
 - ✓ 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.