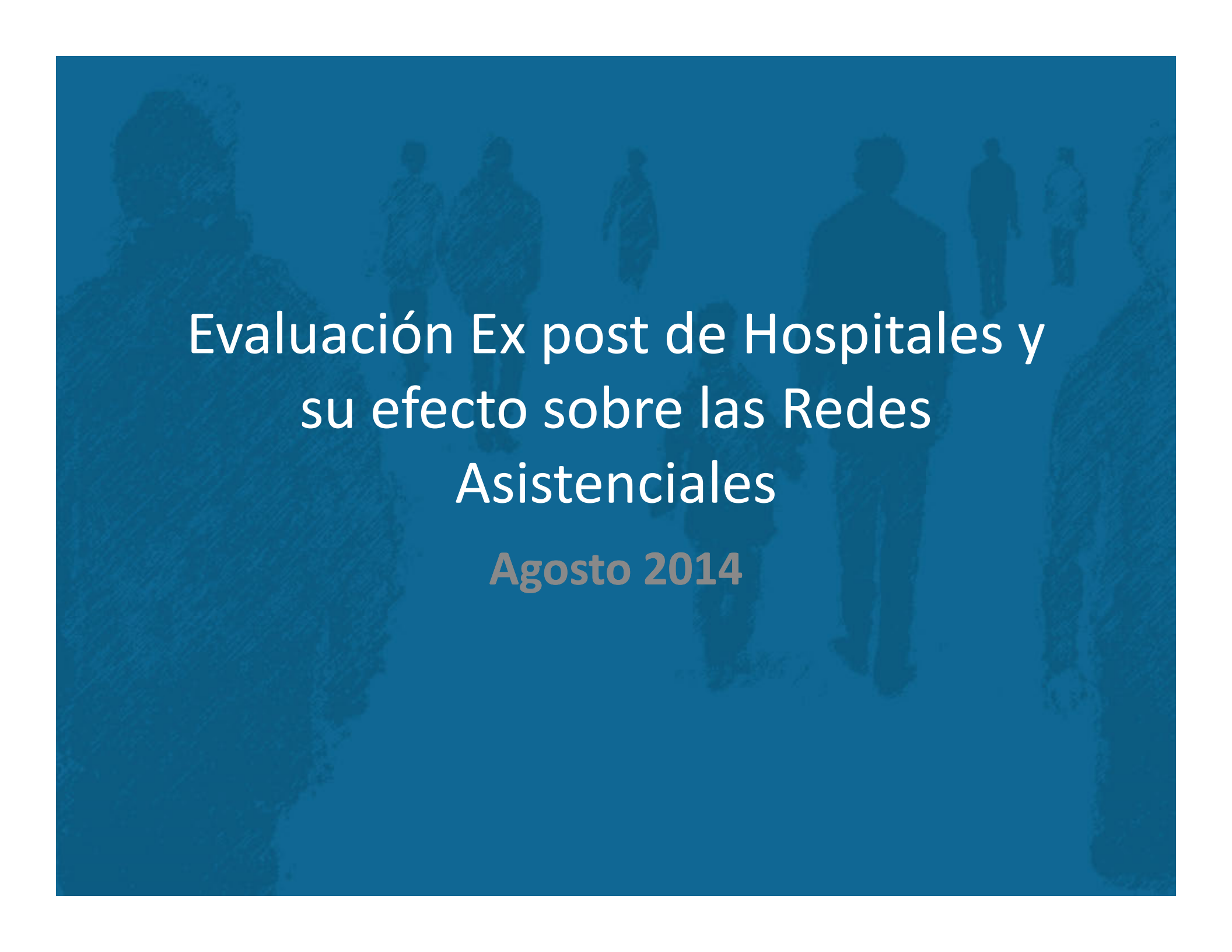


ASESORIAS
PARA EL
DESARROLLO



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

Agosto 2014

Contenidos

I. Objetivos

II. Especificidad del estudio

III. Resultados

1. Situación ex ante
2. Evaluación ex post
3. Modelos de gestión
4. Análisis de metodología para la formulación y evaluación de proyectos de infraestructura en salud

IV. Conclusiones

V. Sugerencias

I. Objetivos

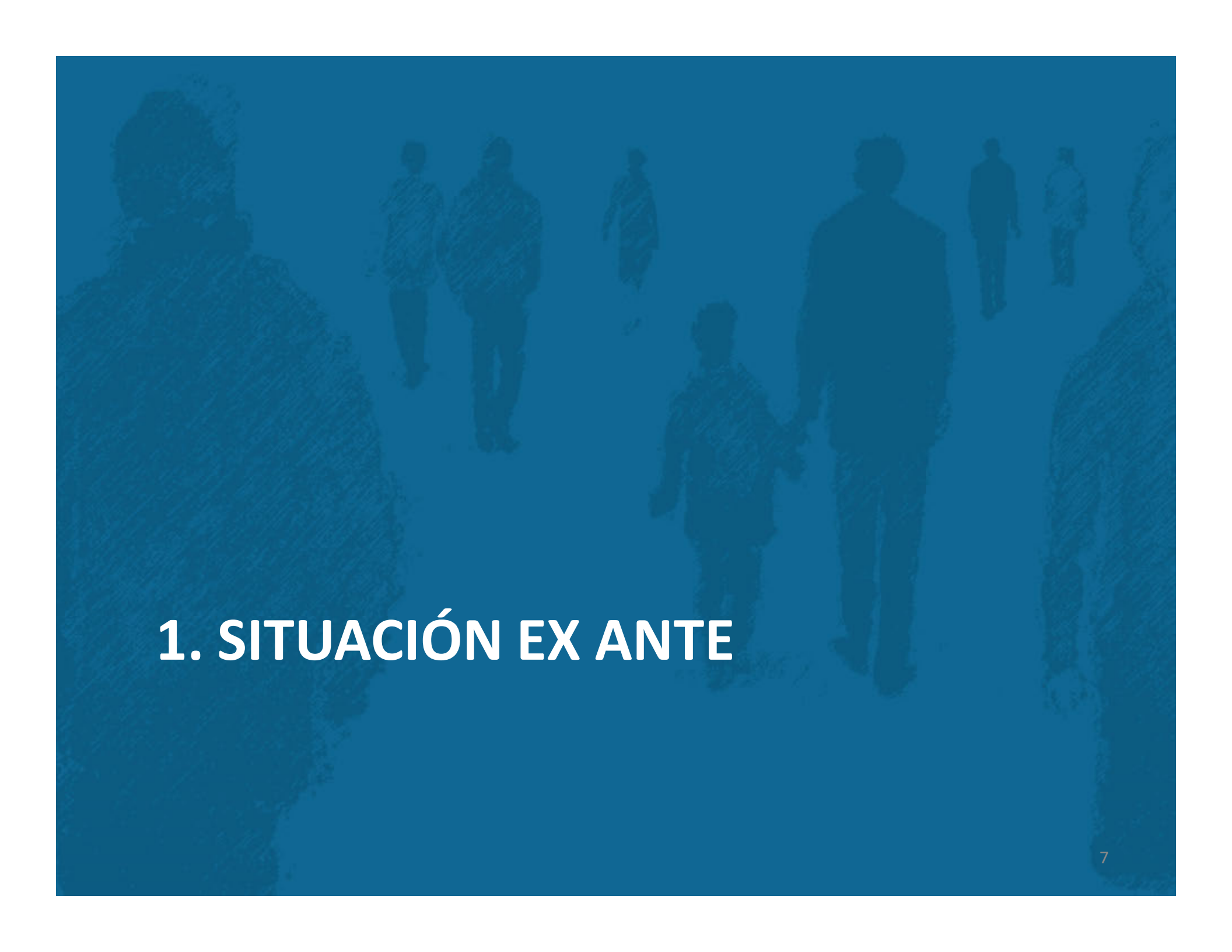
- Objetivo general:
 - Analizar el efecto de la construcción y operación de los Hospitales: Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, y Padre Hurtado, en las redes asistenciales Oriente y Sur Oriente respectivamente.
- Objetivos específicos:
 1. Levantar la **línea base de la red** asistencial 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.

II. Especificidad del estudio

- **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**.**

III. Resultados

1. Situación ex ante
2. Evaluación ex post
3. Modelos de gestión
4. Análisis de metodología para la formulación y evaluación de proyectos de infraestructura en salud



1. SITUACIÓN EX ANTE

Breve caracterización de los hospitales

- Hospital Luis Tisné:
 - Servicio de Salud Metropolitano Oriente
 - Construcción se inicia en 1999 y finaliza en 2002.
 - Comienza sus operaciones en agosto 2002.
- Hospital Padre Hurtado:
 - Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
 - Construcción se inicia en 1995 y finaliza en 1998
 - Comienza sus operaciones en noviembre 1998.

Levantamiento de línea de base

- Ejercicio de reconstrucción del marco lógico de las redes de salud analizadas.
- Sentido: contar con “marco lógico ideal” para el análisis.
- En contexto político y de toma de decisiones no se usaba el marco lógico, por lo que medidas obedecían a lógica distinta (mayor peso de lo político sobre lo técnico, y menores antecedentes técnicos).

Matriz de Marco Lógico de la Red Asistencial

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

COMPONENTES:

Entrega de servicios de Atención *Primaria* a la población asignada a la Red

Entrega de servicios de Atención *Secundaria* a la población asignada a la Red

Entrega de servicios de Atención *Terciaria* a la población asignada a la Red

Prestaciones de servicios en la *Atención Privada* a la población asignada a la Red

Objetivos de cada componente

Componente	Sub componentes
1. Entrega de servicios de Atención Primaria a la población asignada a la Red	• Consultorios generales urbanos, rurales, y de especialidad • Servicio de Atención Primaria de Urgencias (SAPU), postas urbanas y rurales
2. Entrega de servicios de Atención Secundaria a la población asignada a la Red	• Consultorios de especialidades, Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT), Centro de Referencia de Salud (CRS)
3. Entrega de servicios de Atención Terciaria a la población asignada a la Red	• Centros hospitalarios de Alta Complejidad e Institutos de Salud
4. Prestaciones de servicios en la Atención Privada a la población asignada a la Red	• Resolutividad

Caracterización general ex ante de las Redes Asistenciales

- Gestión de redes asistenciales bastante más **precaria**, por:
 - Falta de instancia o unidad formal responsable de la gestión de los pacientes dentro de la red con criterios homogéneos y normados para todo el sistema.
 - Consecuencia de lo anterior: falta de coordinación entre actores
→ iniciativas locales descoordinadas.
- Falta de mecanismos o sistemas que facilitaran mejor identificación de demanda y oferta disponible.
- Carencia de sistemas informatizados homogéneos en las redes para gestión de la derivación.

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

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

- Proyecto:
 - Creación del hospital San Ramón con un CRS. (Actual Hospital Padre Alberto Hurtado)
- Objetivos:
 - Cubrir aprox. 30% de demanda del año 2000 por atención secundaria en tres programas (infantil, adulto, mujer).
- Resultados esperados:
 - Reducir en 30% el promedio días de estada que registra el H. Sótero del Río. Al año 2000 alcanzar un total de 25.765 egresos y un total de 182.953 atenciones abiertas.

DetECCIÓN DE NECESIDADES: EL PROBLEMA QUE DA ORIGEN A LOS NUEVOS HOSPITALES

Servicio de Salud Metropolitano Oriente

- Proyecto:
 - Reposición del Hospital El Salvador.
 - Creación del Hospital de Ñuñoa con CRS adjunto.
 - Construcción CDT del Hosp. El Salvador.
- Objetivos:
 - Cubrir at. materna y médico-quirúrgica más prevalente con hospital de Ñuñoa (Posterior Tisné de Peñalolén).
 - Cubrir 100% de la demanda proyectada por at. secundaria con nuevo CDT.
 - Extender atención del Programa Materno con la creación del CRS.
- Resultados esperados:
 - Disminuir un 30% el Promedio días de Estada (PDE).
 - Al año 2000 lograr 11.283 egresos en Hospital de Ñuñoa.



2. EVALUACIÓN EX POST

Caracterización de la situación ex post

- Hay cambios importantes en la **gestión de redes**. Algunos corresponden a políticas locales a nivel de Servicios de Salud; otros han sido promovidos e implementados por el Nivel Central, a partir del proceso de Reforma Sectorial.
- **Aspectos más relevantes del modelo actualmente vigente:**
 - existencia de instancias formales para gestión de redes
 - uso de tecnologías de la información
 - existencia de unidad de gestión de camas críticas
 - compra a privados realizada por el servicio de salud y por FONASA.

Costos de inversión

Proyecto Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B.
Comparación entre Presupuesto y Gasto estimado
(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)

* No fue posible obtener información relativa a al Hospital Padre Hurtado

Análisis Evaluación Satisfacción Usuarios

- **Según calidad de usuario**, el tipo de paciente más satisfecho es el ambulatorio. Los pacientes de urgencia y hospitalizados están algo menos satisfechos.
- En los tres tipos de pacientes, los aspectos mejor evaluados son la calidad de los médicos y de enfermeras y paramédicos que los atienden.

Análisis Evaluación Satisfacción Usuarios

- **Calidad de usuario:** paciente ambulatorio más satisfecho; pacientes de urgencia y hospitalizados algo menos satisfechos.
- En los tres tipos de pacientes, los aspectos mejor evaluados son la calidad de los médicos y de enfermeras y paramédicos que los atienden.
- Comparación con estudios anteriores:
 - En estudio 2009, 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.
 - Ello se replica en encuesta asociada al presente estudio.
 - Datos de 2012: aspecto mejor evaluado—tal como en la encuesta actual—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.

RESULTADOS MÁS RELEVANTES PARA AMBOS SERVICIOS DE SALUD

Variación porcentual

Años de comparación 2001-2012.

En aquellos casos en que no existe dato 2012, se utilizó 2011.

INDICADOR	NOMBRE		SMSO	SMSO
Resultados Sanitarios	Tasa de nacidos vivos		-7,9%	-27,2%
	Índice de Mortalidad		11,1%	9,9%
Población	Cobertura		-21,0%	76,2%
	Accesibilidad			
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		-23,7%	-6,8%
	Variación de días de estada		-0,5%	65,6%
	Tasa de consultas		-21,0%	13,5%



3. MODELOS DE GESTIÓN

Comparación entre hospitales

- Diferentes modelos de gestión en cada hospital, cada uno basado en diferentes normativas legales
 - Hospital Padre Hurtado, del SSMSO → Establecimiento Experimental
 - Hospital Luis Tisné, del SSMO → Establecimiento institucional tradicional que luego pasó a ser un Establecimiento Autogestionado en Red

Comparación entre modelos de gestión de hospitales

Concepto	Hospital Luis Tisné Establecimiento Autogestionado en Red (EARS)	Hospital Padre Hurtado Establecimiento Experimental (EE)
Modelo de gestión	Desconcentrado , pero con mayores facultades para una gestión local.	Descentralizado , con personalidad jurídica y patrimonio propio
Depend. Admin.	Servicio de Salud (Convenio de Desempeño)	MINSAL (presupuesto y el plan anual de actividades y de inversiones)
Admin. de Rec.Fin.	Ejecución del presupuesto asignado por el Servicio de Salud.	• Relación directa con FONASA. • Celebrar convenios y contratos con externos.
Admin.de RRHH	Sistema contractual más rígido y estándar (Estatuto Admin. y leyes específicas).	Mayor flexibilidad (Facultades para definir dotaciones, etc.)

Comparación entre modelos de gestión de hospitales

Concepto	Hospital Luis Tisné Establecimiento Autogestionado en Red (EARS)	Hospital Padre Hurtado Establecimiento Experimental (EE)
Modelo de Negocio	Similar a estab. tradicionales, pero con producción más eficiente, orientado a CRS Cordillera.	Modelo centrado en el usuario (<i>cliente</i>).
Relación con la Red	Parte del Servicio de Salud y de la Red Asistencial.	Coordinado con Servicio de Salud en su integración a la red asistencial, sin dependencia administrativa, sino lineamientos técnicos.
Consejo Integrador de la Red Asistencial	Participa- es integrante	Participa- es integrante
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.

Propuestas en relación al Modelo de Gestión

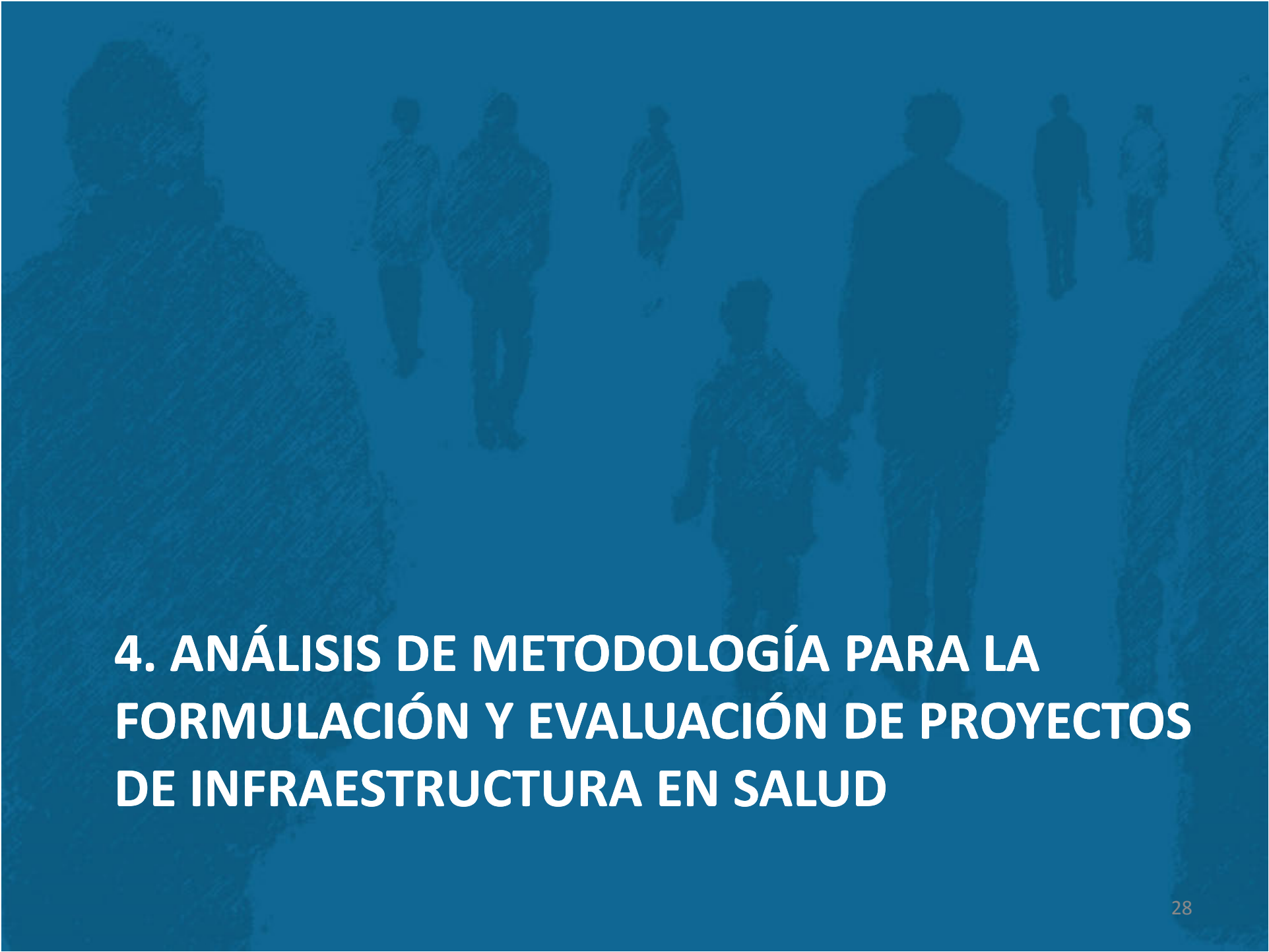
- Aspectos de política pública:
 - **Mejoramiento de remuneraciones** del sector salud y de sus directivos, para evitar rotación y vacancias
 - **Aumento de recursos médicos especializados** para acortar brechas de oferta en la red pública.
 - **Mejoramiento de mecanismos de financiamiento**, en pro de reducir el costo de la derivación de pacientes de alta complejidad
 - **Política de inversiones que responda de mejora manera a las necesidades** de camas críticas, servicios de urgencia, pabellones quirúrgicos.

Propuestas en relación al Modelo de Gestión

- Instancias de coordinación e integración:
 - **Nuevo enfoque a las funciones del Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA)**, que vayan más allá de lo informativo
 - **Fortalecer los sistemas de información para la referencia y contra-referencia**, fortaleciendo un sistema informático que apoye la coordinación.
 - **Incorporación activa de la Atención Primaria a las redes asistenciales.**
 - **Integración y complementación dentro de cada red asistencial y entre redes y con macro redes**, reflejada no sólo en normas de derivación sino también en proyectos de inversión de tecnología e infraestructura.

Propuestas en relación al Modelo de Gestión

- Nuevos modelos asistenciales:
 - Aplicación de **modelos de telemedicina y teleconsulta**, especialmente para territorios rurales y alejados, aumentando resolutiveidad a nivel local, y evitando derivación de pacientes.
 - **Mayor integración de los tres niveles** para resolución de determinados tipos de problemas de salud, evitando discontinuidades especialmente en patologías crónicas, y en casos como medicina física y rehabilitación y atención geriátrica, entre otros.
 - **Establecimientos de descarga** para derivación de pacientes con menores requerimientos de cuidados, que ocupen camas de baja complejidad hasta su alta.



4. ANÁLISIS DE METODOLOGÍA PARA LA FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD

Consideraciones

- Proyectos objeto de estudio sin estudio preinversional, ya que metodología actual no estaba vigente.
- Además, concepto de red era distinto, más como organización jerárquica que como sistema de referencia y contra referencia

Aspectos críticos de la metodología actual

—Forma de estimación de la demanda:

- Sólo tasa de uso es insuficiente.

—Propuestas:

- Agregar variable que represente estimación de prestaciones solicitadas y no otorgadas.
- Dar mayor peso a variables demográficas y epidemiológicas.
- Considerar más explícitamente oferta del sector salud privado, área de influencia y perfil socio- económico y cultural de su población.
- Recoger aspectos sobre accesibilidad de los establecimientos, que incide en afluencia de beneficiarios.
- Usar metodología de Marco Lógico, útil y orientadora al momento de levantar línea base, que sirve como guía para evaluación ex post.
- Resguardo de información con que se elabora el proyecto, para luego hacer una buena evaluación ex post.

Aspectos críticos de la metodología actual

- Pese a todo, metodología actual reconoce la concepción moderna de Red Asistencial: permite proyectar de mejor forma los recursos requeridos.
- Si ambos proyectos hubiesen utilizado metodología actual, se podría haber proyectado de mejor forma la producción, anticipando:
 - Efecto sustitución (partos del Hosp. Sótero del Río → Hosp. Padre Hurtado)
 - Aumento de partos en SSMO (Hosp. L.Tisné) , que recoge demanda del propio Servicio, en especial de Peñalolén, y atrae demanda de comunas aledañas (La Florida, asignada al SSMSO)

IV. Conclusiones

- Aumento en la oferta de prestaciones **satisface una creciente demanda insatisfecha**, mejorando la oportunidad y el acceso a los servicios sanitarios para la población beneficiaria.
- Ambos Servicios de Salud **aumentan su presupuesto** de ingreso y gasto.
- Relevancia de observar resultados operacionales (total de ingresos de operación que cubren los gastos de operación): **ambos hospitales mostraron mejores resultados operacionales que los de sus respectivos Servicios de Salud.**

IV. Conclusiones

- Es posible inferir en estos dos casos que el comportamiento financiero presupuestario del Servicio de Salud incide directamente sobre el comportamiento de sus establecimientos:
 - 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.
 - en cambio, la condición de Establecimiento Experimental le ha sido favorable al Hospital Padre Hurtado, al no depender financieramente del SSM Sur Oriente y dado a que los resultados de este Servicio de Salud no han sido positivos, ya que ha podido desarrollar sus actividades en un marco presupuestario mejor al que tiene el Servicio de Salud.

IV. Conclusiones

- En ambos proyectos el incremento de recursos financieros afectó directamente a los beneficiarios
- En ambas Redes, crecieron niveles de producción agregados → la incorporación de ambos establecimientos mejoró el acceso de la población beneficiaria.
- El total de actividad en ambos Servicios de Salud aumentó, pero debido al gran aumento de población beneficiaria, los indicadores *per cápita* se mantuvieron o disminuyeron. Sin embargo, sin los establecimientos, los indicadores habrían sido afectados más negativamente.

IV. Conclusiones

- Ambos proyectos de infraestructura han dado respuesta a los requerimientos para los cuales fueron generados, considerando como base los requerimientos planteados en el proyecto Minsal –Banco Mundial.
- **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, más que un plus, una necesidad.**

V. Sugerencias

- Destacar y recordar responsabilidades en la generación de proyectos y resguardo de documentación, *independiente* de las personas que cumplan determinados roles, ya que evaluación ex - post *requiere información de origen del proyecto* (estudios pre inversionales y fichas EBI- IDI)
- Realizar el proceso de evaluación 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.

V. Sugerencias

- Revisar periódicamente los estándares o coeficiente de atención objetivos, para determinación de la demanda de atenciones de salud.
- Para estimación de demanda considerar:
 - actividad histórica realizada por la Red (en todos sus niveles de atención)
 - lista de espera generada en ella
 - oferta de privados insertos geográficamente en la misma Red
 - estos mismos aspectos en las redes aledañas
 - indicadores sanitarios disponibles, como la situación epidemiológica y demográfica de la red, la región y el país.

Equipo a cargo del estudio

- Consuelo Valderrama, socióloga y responsable del estudio
- Karina Sepúlveda, Ingeniero en Sistemas de Información y Control de Gestión (hasta febrero 2014)
- Jorge Viveros Robles, Licenciado en Economía e Ingeniero Comercial
- Marina Elena Vega Muñoz, Ingeniero Comercial Mención Economía y MBA con Especialización en Salud
- Guernica Consultores, a cargo de María Pía Olivera
- Colaboradores:
 - Carolina Guerra, Socióloga, a cargo del Marco Lógico
 - Marcelo Miño, Sociólogo, a cargo de la elaboración de la encuesta
 - Diego Aguilera, geógrafo, a cargo de mapas
 - Dra. Susana Pepper (hasta febrero 2014), como asesora en salud pública