



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS  
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

**DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE MEJORA A LA IMPLEMENTACIÓN DEL  
MODELO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD EN LA  
GOBERNANZA DE LAS REDES ASISTENCIALES**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL

PABLO ISMAEL OSORIO BRICEÑO

PROFESOR GUÍA:  
CARLOS E. CASTRO GONZÁLEZ

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:  
JOSÉ INOSTROZA LARA  
RENÉ LAGOS BARRIOS

Este trabajo ha sido patrocinado por el Centro de Sistemas Públicos de la  
Universidad de Chile

SANTIAGO DE CHILE  
2021

**RESUMEN DE LA MEMORIA PARA OPTAR  
AL TÍTULO DE:** Ingeniero Civil Industrial  
**POR:** Pablo Ismael Osorio Briceño  
**FECHA:** 29/03/2021  
**PROFESOR GUÍA:** Carlos E. Castro

**Diagnóstico y propuesta de mejora a la implementación del modelo de  
Redes Integradas de Servicios de Salud en la Gobernanza de las  
Redes Asistenciales**

El presente informe muestra el trabajo de investigación del alumno Pablo Osorio Briceño para obtener el título de Ingeniero Civil Industrial de la Universidad de Chile, con el apoyo del Centro de Sistemas Públicos de la misma casa de estudios.

La investigación se realiza acerca de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud de Chile y se enfoca en la gobernanza del Sistema Nacional de Servicios de Salud, estudiando como el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), propuesto por la Organización Panamericana de la Salud, se ha implementado en el sistema público chileno.

Como núcleo del estudio, se realiza un análisis cualitativo, basado en la Teoría Fundamentada, complementado con un análisis documental de la literatura relacionada y los datos disponibles de instituciones públicas y centros de investigación. El principal insumo de este análisis cualitativo son diez entrevistas realizadas a ex directores de Servicios de Salud, de establecimientos de salud (primaria y secundaria), y ex referentes técnicos del ministerio.

El resultado de esta investigación concluye, en primer lugar, que las estrategias de salud no logran transmitirse a los cargos directivos y, en consecuencia, tampoco a la red en su conjunto. Los indicadores que se generan a partir de estas estrategias no hacen sentido a los directores de establecimiento ni tienen mayor pertinencia local, es decir, se percibe que no tienen utilidad para la gestión en salud.

Por otro lado, la estructura actual presenta dificultades para garantizar la rendición de cuenta de los directores de establecimiento, en particular los directores de hospital. Los principales factores que afectan esto son la alta rotación de los cargos directivos sujetos a la Alta Dirección Pública, el excesivo control que realiza la autoridad central sobre la gestión y el bajo apoyo administrativo. A esto se suma la falta de participación de la comunidad en la gestión de salud.

Para abordar los problemas expuestos, se propone una alternativa de diseño participativo de las estrategias del sistema, formalización de las atribuciones de las instancias participativas existentes (Consejos de Integración de la Red Asistencial y Consejos Locales) y modificaciones a los convenios de la Alta Dirección Pública que eviten la alta rotación de los cargos directivos e incentiven su rendición de cuentas hacia la comunidad.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a todos los que han sido parte de este largo camino, pero lleno de aventuras, que termina con esta memoria de título. En primer lugar, gracias a Dios por acompañarme en cada paso, espero estar a la altura de los desafíos que sé que me seguirás colocando. Gracias a mi familia: mi mamá, mi papá y mis hermanos, que son un pilar fundamental de mi vida, y también a mis abuelas que siempre estuvieron presentes.

Gracias a quienes hace un tiempo me apoyan desde el cielo. A la Poro, que siempre fue mi hinchita y sé que me mira con orgullo, a Gabriel Lazcano, que semanas antes de partir estaba madrugando conmigo para estudiar, y a la tía Nancy que siempre estuvo rezando por mí.

Nada de esto habría sido posible sin el apoyo incondicional de mis amigos. Agradezco a mis compañeros del colegio, siempre fieles, con quienes pude contar cada vez que necesitaba un abrazo o una cerveza. A mis compañeros de universidad, en especial a Francisca Lagos que fue mi compañera constante de lágrimas y alegrías, sobre todo en esta parte final. A la familia Torrealba Jiménez, en especial a Agustín, que me acogieron como uno más de la familia durante estos últimos dos años. A la Residencia Universitaria Cardenal Caro, por acogerme durante tantos años, en especial a Pamela, cuyo sabio consejo llegó en un momento justo. A mis amigos del Consejo de Misión País, a la Fundación Misericordia, al Inglés Rugby Club, a Rancahuaso FC, a Ignacio Dülger y tantos que estuvieron presentes en este período de mi vida.

Quiero agradecer a la Universidad de Chile, por formarme estos años y por darme la oportunidad de desarrollarme en ámbitos mucho más allá de lo académico. Agradezco la oportunidad de haber sido parte de La Chile Para Todos y dar batalla donde nadie más, el haber liderado la logística del gran congreso World Class con un equipo de personas espectaculares, el formar la Pastoral de Ingeniería junto a gente de tremendo corazón, entre tantas cosas. Gracias por permitirme ser un servidor, siempre imperfecto, pero siempre perseverante.

Finalmente, gracias René por transmitirme tu entusiasmo por la salud pública y hacerme parte de tu equipo docente, y gracias Carlos y José por guiarme en el difícil trabajo de hacer una memoria al respecto.

# Tabla de Contenido

Índice de Ilustraciones.....	vi
I. Antecedentes .....	1
ANTECEDENTES INSTITUCIONALES.....	1
CONTEXTO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.....	3
Características del sistema nacional.....	3
Pilares conceptuales del sistema de salud chileno .....	4
ATRIBUTOS DEL MODELO RISS .....	5
Implementación del modelo en Chile .....	6
COMPROMISOS DE GESTIÓN .....	7
II. Planteamiento del problema.....	8
PROBLEMAS DE LA FRAGMENTACIÓN EN EL SISTEMA.....	8
EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO RISS .....	11
ÁREA DE ABORDAJE.....	13
III. Objetivos .....	15
Alcances.....	15
IV. Marco Conceptual .....	16
GOBERNANZA EN SALUD.....	16
RELACIÓN DE AGENCIA .....	17
ESTRUCTURA DE LAS ORGANIZACIONES .....	17
CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI) .....	19
TEORÍA FUNDAMENTADA.....	21
V. Metodología .....	22
VI. Análisis estratégico.....	24
PROCESO DE DISEÑO DE INDICADORES .....	24

COMGES y sus resultados .....	26
ABORDAJE DEL MODELO EN LA ESTRATEGIA .....	27
ESTRUCTURAS.....	29
Cargos directivos .....	29
Estructura organizacional y controles .....	30
COMGES Y OTROS INDICADORES.....	32
LOGRO EN LOS ATRIBUTOS DEL MODELO.....	33
Un sistema de gobernanza único para toda la red.....	33
Participación social amplia.....	33
Atención intersectorial y abordaje de los determinantes en salud y la equidad en salud.....	34
VII. Diagnóstico.....	36
DIAGNÓSTICO.....	36
Estrategias .....	36
Estructuras .....	37
Conclusiones del diagnóstico .....	38
Formulación de estrategias en salud .....	38
Reformas estructurales .....	39
VIII. Propuestas .....	41
Rotación de cargos directivos .....	41
Rendición de cuentas hacia la comunidad.....	41
Proceso de diseño de los COMGES .....	41
Unificación de indicadores .....	42
Mecanismos de participación .....	43
IX. Conclusiones.....	44
APRENDIZAJES FINALES.....	45
X. Bibliografía .....	46

XI. Anexos .....	48
ANEXO 1: ÁMBITOS DEL MODELO RISS Y SUS CORRESPONDIENTES ATRIBUTOS.....	48
ANEXO 2: EJES ESTRATÉGICOS Y TEMAS .....	49
ANEXO 3: GRÁFICOS DE EFICIENCIA HOSPITALARIA .....	50
ANEXO 4: DEUDA HOSPITALARIA POR ESTABLECIMIENTO .....	51
ANEXO 5: ESTRUCTURAS ORGANIZACIONALES (MINTZBERG).....	52
ANEXO 6: RESULTADOS META DE IMPACTO GOBERNANZA Y REPRESENTACIÓN.....	53
ANEXO 7: RESPUESTA A SOLICITUD DE RESULTADOS COMGES POR TRANSPARENCIA.....	55
ANEXO 8: PROPUESTAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE EL MODELO RISS PARA CADA ATRIBUTO DE GOBERNANZA Y ESTRATEGIA .....	56
ANEXO 9: ELEMENTOS EVALUADOS POR LA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN DE LA OPS .....	57

# Índice de Ilustraciones

Ilustración 1: Institucionalidad del sistema de salud chileno .....	2
Ilustración 2: Organigrama Subsecretaría de Redes Asistenciales.....	3
Ilustración 3: Diagrama de compromisos de gestión.....	6
Ilustración 4: Ciclo causal de la fragmentación .....	8
Ilustración 5: Gasto por egreso equivalente, complejidad media-baja .....	10
Ilustración 6: Servicios con mayor Índice de Criticidad de la Deuda entre los años 2010-2015 .....	11
Ilustración 7: Ejemplo de un atributo en Instrumento de Valoración.....	12
Ilustración 8: Matriz de Calificación de desarrollo de RISS .....	13
Ilustración 9: Representación de un hospital como Organización Profesional .....	18
Ilustración 10: Representación de un Servicio de Salud como una Organización Diversificada.....	19
Ilustración 11: Adaptación del Cuadro de Mando Integral a organizaciones no lucrativas .....	20
Ilustración 12: Entrevistados para análisis cualitativo .....	23
Ilustración 13: Entrevistados para análisis exploratorio en insumo para la investigación .....	23
Ilustración 14: Proceso de diseño de los COMGES .....	24
Ilustración 15: Organigrama de los COMGES.....	25
Ilustración 16: Porcentaje de cumplimiento COMGES 2019 .....	27
Ilustración 17: Gobernanza y Participación en Ejes Estratégicos.....	28
Ilustración 18: Compromisos de Gestión, objetivos y atributos .....	28
Ilustración 19: Porcentaje de cumplimiento COMGES por Servicio de Salud, año 2019 .....	30
Ilustración 20: Porcentaje de cumplimiento COMGES por ámbito RISS, año 2019.....	37
Ilustración 21: Divisiones e indicadores .....	42

# I. Antecedentes

## ANTECEDENTES INSTITUCIONALES

El Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (2005) define las Redes Asistenciales como el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, los establecimientos municipales de atención primaria de salud y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con los Servicios de Salud para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

Las Redes Asistenciales son gestionadas a través de los Servicios de Salud, organismos territoriales descentralizados que, a su vez, son dependientes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Dentro de cada red, la Atención Primaria de Salud (APS) es principalmente administrada por las municipalidades, mientras que los hospitales se dividen en dos. Los de mayor complejidad, también llamada de atención terciaria, se han constituido como Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), tienen mayor autonomía sobre decisiones financieras internas y operativas, y responden por sus resultados directamente a la Subsecretaría. Por otra parte, los hospitales de menor complejidad siguen dependiendo directamente del Servicio de Salud al que pertenecen.

Finalmente, la Subsecretaría de Salud Pública tiene a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas. Además, es el subsecretario de esta cartera el superior jerárquico de cada Secretaría Regional Ministerial (Seremi).

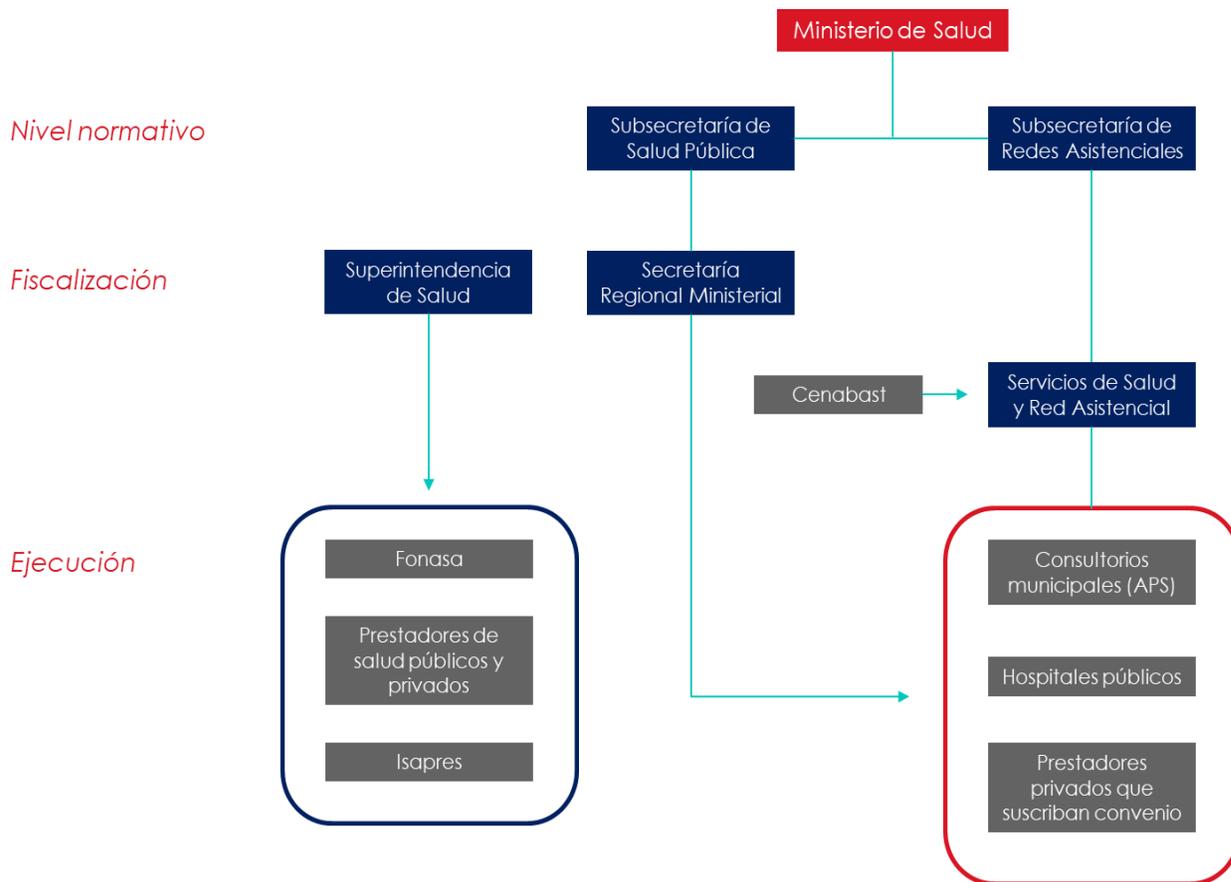


Ilustración 1: Institucionalidad del sistema de salud chileno  
Fuente: CEP y ESP, 2017

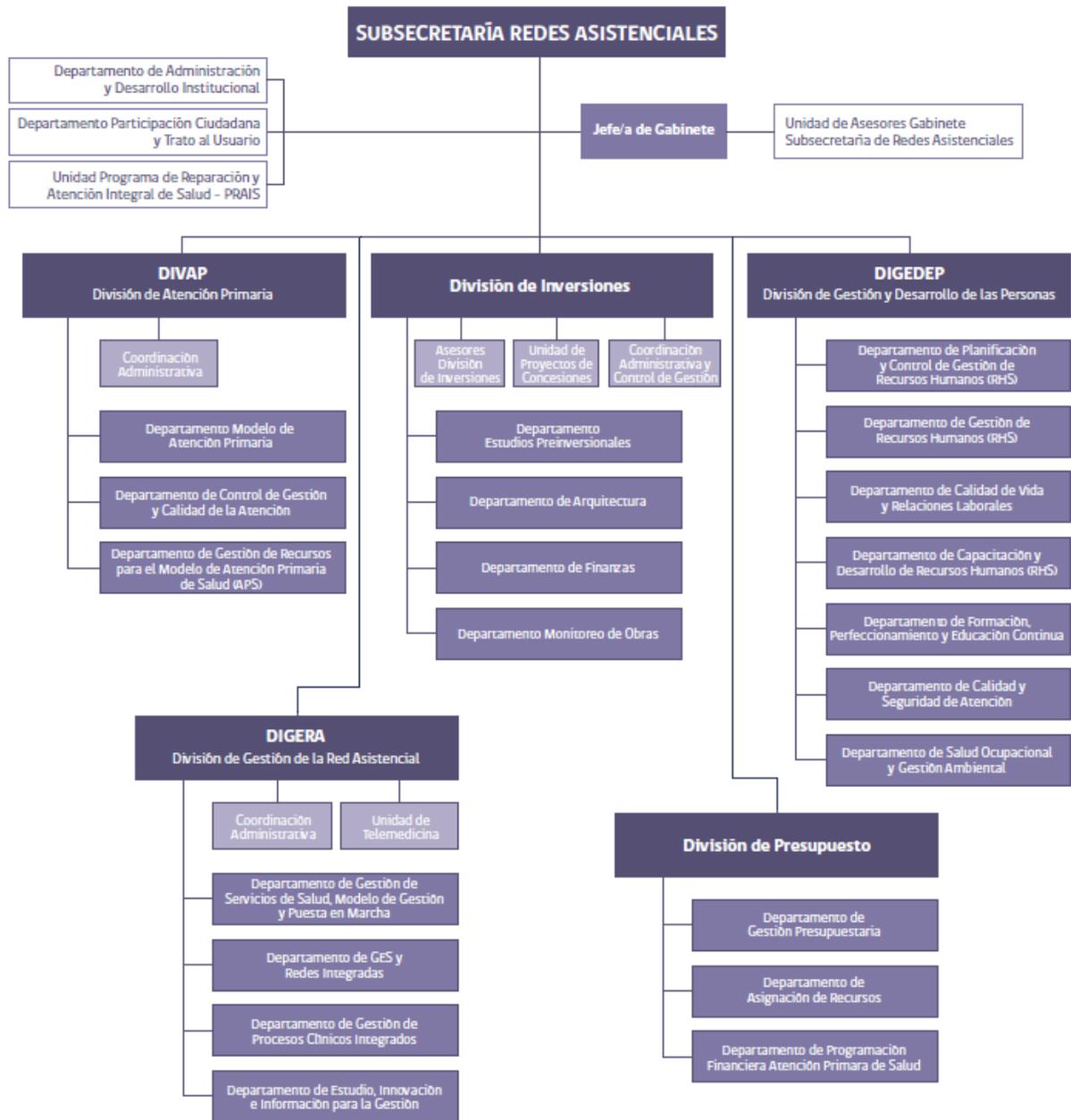


Ilustración 2: Organigrama Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2020

## CONTEXTO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

### Características del sistema nacional

En la atención de salud de Chile coexisten dos subsistemas, uno público y otro privado. En cuanto a la cobertura, FONASA (Fondo Nacional de Salud) es el organismo estatal que cubre al 80% de la población, mientras que el sector privado, compuesto por las

aseguradoras Isapres, cubre al 18%<sup>1 2</sup>. Los usuarios de Fonasa pueden optar por dos modalidades de atención, la Modalidad de Atención Institucional (MAI), a través de la cual se atienden en las instituciones públicas de salud, y la Modalidad de Libre Elección, con la cual se pueden atender en instituciones privadas a pagando un bono, que significa un copago por parte del usuario que financia la diferencia entre lo que cubre Fonasa por el servicio y el cobro de la institución privada.

El sistema público de salud, entonces, atiende a alrededor de 14 millones de personas, algunas de las cuales, a través del MAI, toman el seguro estatal para atenderse en el sector privado

## **Pilares conceptuales del sistema de salud chileno**

Del entramado teórico en que se fundamenta el sistema de salud chileno, existen 3 orientaciones generales que guían el actuar de las redes asistenciales y que son primordiales: los Objetivos Sanitarios de la Década (OSD), el Modelo Asistencial Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) y el enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)<sup>3</sup>.

Los Objetivos Sanitarios de la Década 2011 – 2020 son cuatro, con nueve ejes estratégicos para abordarlos. Cada uno de estos ejes tiene distintos temas, metas de impacto y resultados esperados. Los objetivos son:

1. Mejorar la salud de la población
2. Disminuir las desigualdades en salud
3. Aumentar la satisfacción de la población frente a los Servicios de Salud
4. Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias

Los OSD se han traducido en una Estrategia Nacional de Salud, llevada a cabo a través de un Plan Nacional de Salud que se aterriza en un Plan Operativo Anual.

Los nueve ejes estratégicos con sus respectivos desgloses se pueden encontrar en Anexos. Cabe destacar que, entre ellos, en el eje de Institucionalidad del Sector Salud, se encuentra el tema de Redes Integradas de Servicios de Salud.

Para lograr estos objetivos, se aplica al sistema nacional el Modelo Asistencial Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS). Éste propone un marco teórico y define las “*acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna*”<sup>4</sup>. El modelo tiene 3 principios que lo fundamentan, los cuales establecen que la atención de salud debe ser:

1. Centrada en las personas
2. Integral
3. Continua

---

<sup>1</sup> El porcentaje restante está afiliado a los sistemas de salud pertenecientes a las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad.

<sup>2</sup> (Superintendencia de Salud, 2019).

<sup>3</sup> (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2020).

<sup>4</sup> (Ministerio de Salud, 2005)

Para aplicar este modelo de atención, se escogió adoptar un modelo institucional de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Según la OPS, las RISS son “*una red de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve*”<sup>5</sup>, y es esta misma organización que ha promovido su implementación en Latinoamérica, para superar la fragmentación que sus sistemas de salud padecen. La estrategia de implementación de las RISS establece 4 ámbitos de abordaje, y cada uno posee atributos que definen el ámbito de abordaje (y permiten medir su nivel de implementación):

1. Modelo Asistencial (6 atributos)
2. Gobernanza y Estrategias (3 atributos)
3. Organización y Gestión (4 atributos)
4. Asignación de Recursos e Incentivos (1 atributo)

Cada atributo está especificado en Anexos.

## ATRIBUTOS DEL MODELO RISS

Como se mencionó más arriba, el modelo de RISS propone tres atributos para el ámbito de la Gobernanza y Estrategias. En el informe de 2010 de la OPS al respecto, se define lo que se entiende por cada uno de ellos y en la Herramienta de Valoración, aplicada para evaluar la implementación del modelo, se especifica lo que se espera de cada uno de ellos en un sistema integrado. A modo de resumen, se puede establecer que lo que el modelo pretende lograr en cada uno de los atributos es lo siguiente:

1. Un sistema de gobernanza único para toda la red: la red posee un órgano de gobernanza constituido por representantes de la comunidad y de las unidades operativas. El órgano ha establecido la visión estratégica, asegura la gestión óptima de la red, garantiza la rendición de cuentas y posee un Cuadro de Mando Integral.
2. Participación social amplia: las instancias, organizaciones y agentes comunitarios participan activamente de los mecanismos de monitoreo y evaluación de los servicios de salud, así como en campañas y otras acciones.
3. Atención intersectorial y abordaje de los determinantes de salud y equidad en salud: las instancias intersectoriales, promovidas por los equipos de salud, y los actores sociales participan activamente de los mecanismos de monitoreo y evaluación de los servicios de salud y de las acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales.

---

<sup>5</sup> (Organización Panamericana de la Salud, 2010)

## Implementación del modelo en Chile

Para llevar a cabo el modelo institucional de Redes Integradas de Servicios de Salud, se diseñaron diversas herramientas<sup>6</sup>. La principal de ellas son los Compromisos de Gestión (en adelante mencionados también como COMGES), los cuales articulan y miden el trabajo de los distintos Servicios de Salud. Para cada uno de los ámbitos del modelo RISS se determinan distintos compromisos, para los cuales se diseñan planes anuales que se miden a través de indicadores de cumplimientos. Los Servicios de Salud colectan los resultados de estos indicadores de los distintos establecimientos de su red y presentan periódicamente sus resultados. Esto se grafica en la ilustración siguiente:

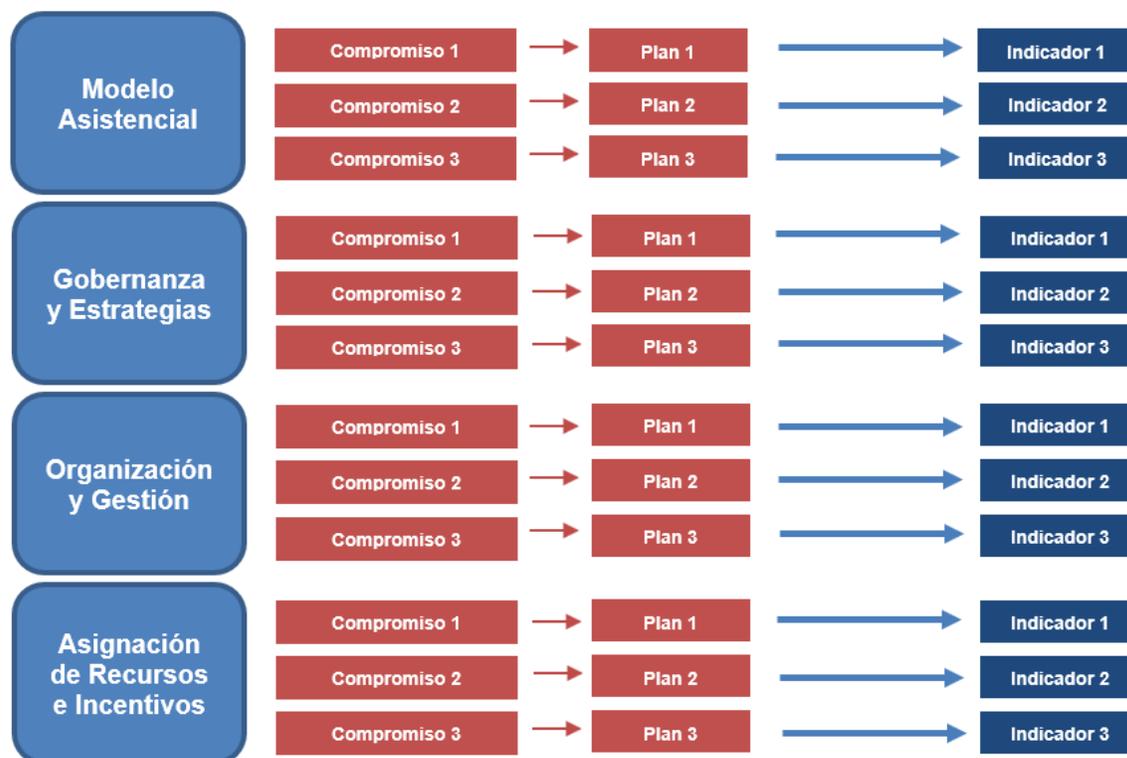


Ilustración 3: Diagrama de compromisos de gestión  
Fuente: elaboración propia

Además, se conformaron 3 mesas de coordinación, una por cada ámbito (los últimos dos ámbitos agrupados en una sola mesa), con equipos de trabajo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de los Servicios de salud que se reunieron periódicamente.

Por otra parte, se desarrollaron las Jornadas de Coordinación y Formación en RISS, reuniendo mensualmente equipos de distintas áreas de los Servicios de Salud, durante los años 2015, 2016 y 2017. Estas jornadas tenían por objetivo integrar la mirada de los equipos directivos y reforzar el liderazgo de las autoridades institucionales para implementar el modelo.

Finalmente, existen otros instrumentos que aportan a los objetivos del modelo en gobernanza, aunque no estén definidos como una herramienta propia de la estrategia

<sup>6</sup> (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018)

RISS. En particular, clave han sido los Consejos de Integración de Redes Asistenciales (CIRA). Los CIRA están constituidos por representantes de establecimientos de salud de todos los niveles de atención, públicos y privados, que integren la red asistencial de un Servicio de Salud. Tiene carácter consultivo y de coordinación.

## COMPROMISOS DE GESTIÓN

Como se mencionó anteriormente, los Compromisos de Gestión (COMGES) se concibieron como la principal herramienta para la implementación del modelo RISS. Su método de diseño ha cambiado desde que se comenzaron a implementar en 2010. En un principio eran casi 50 compromisos que se renovaban anualmente, para luego pasar en 2014 a ser 25 y de carácter cuatrianual, coincidiendo con el ciclo del gobierno de turno.

Los COMGES son el instrumento de medición a través del cual la Subsecretaría de Redes Asistenciales mide el rendimiento de los distintos Servicios de Salud. Éstos últimos son los encargados de hacer cumplir las metas de cada indicador asociado a los compromisos, coordinando las actividades necesarias para ello en los distintos establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria.

Por otra parte, existen otros indicadores a los cuales los Servicios de Salud deben hacer seguimiento en sus territorios. Está el Índice de Actividades de Atención Primaria de Salud (IAAPS), con el cual se mide la cantidad prestaciones realizadas en los centros de atención primaria, y por otra parte los indicadores de los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), que son los indicadores de gestión que utilizan los hospitales de alta complejidad. La diferencia con los COMGES es que en estos indicadores son los establecimientos los que rinden cuenta ante la autoridad.

## II. Planteamiento del problema

La OPS en su diagnóstico para Latinoamérica en 2010<sup>7</sup>, identificó que el principal desafío de los distintos sistemas de salud para lograr las metas sanitarias nacionales e internacionales era superar la fragmentación de su atención. En ese mismo diagnóstico plantean que “*la experiencia acumulada demuestra que la excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos*”. Así mismo, se plantea que esta fragmentación se manifiesta ante los usuarios como “*falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios*”.

Para abordar este problema, durante 2008 la OPS realizó una serie de consultas con los países de la región en que se logró validar la iniciativa de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) como estrategia para abordar la fragmentación.

### PROBLEMAS DE LA FRAGMENTACIÓN EN EL SISTEMA

Es difícil de identificar la raíz de la fragmentación de un sistema de salud, puesto que ésta tiene como consecuencia un bajo desempeño en los servicios otorgados, pero al mismo tiempo, es causada por resultados de este bajo desempeño, como se ilustra en la siguiente imagen.

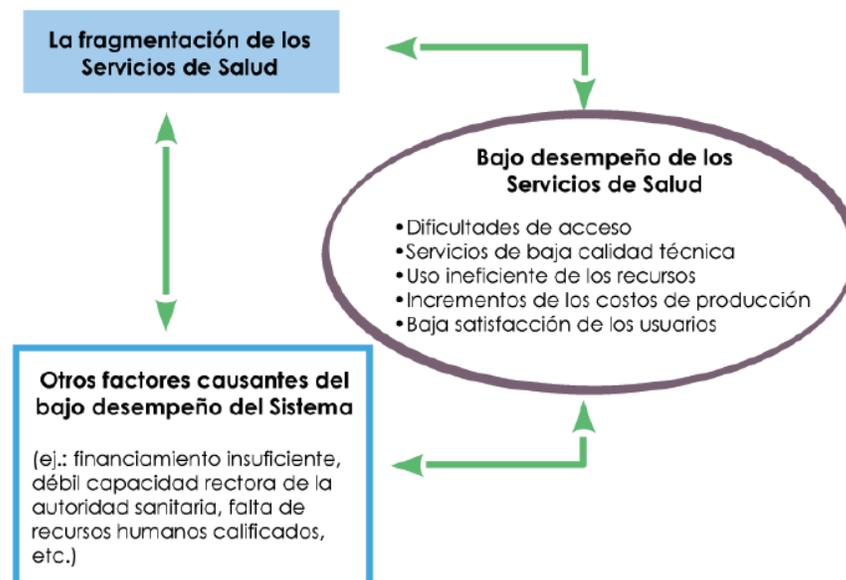


Ilustración 4: Ciclo causal de la fragmentación  
Fuente: OPS 2010

<sup>7</sup> (Organización Panamericana de la Salud, 2010)

A pesar de lo anterior, según la OPS, la fragmentación se manifiesta en el desempeño general de los sistemas como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. Lo anterior tiene consecuencias en el acceso y la calidad de los servicios prestados, así como en el uso eficiente de los recursos y el aumento de los costos de producción. En el transcurso de esta investigación, se han observado distintos ejemplos de descoordinación entre establecimientos de una misma red, de incomunicación entre entes rectores y centros de atención, de arbitrariedad en decisiones sobre infraestructura, entre otras situaciones.

*“Esa es la integración. Yo lo viví en Puerto Montt, un día aterrizó un paciente en helicóptero que iba a hacerse una resonancia a una clínica privada. Lo mandó el servicio de salud de Chiloé y lo mandó a una clínica privada, solo usó el hospital de Puerto Montt por el helicóptero, pero no por el resonador.”*  
*Ex director de hospital*

*“Tienes que dejar de hacer acciones clínicas por hacer estas acciones administrativas. Sin ir más lejos, para hacer la búsqueda de pacientes (Covid-19), en un momento dado teníamos que llenar en cuatro planillas (...) Luego se llegó a un consenso y se hizo una planilla más amplia donde se podían incluir, pero imagínate, en el peak de los contagios teniendo personal ahí llenando, repitiendo los mismos datos, planillas con 11, 12 datos.”*  
*Director de CESFAM*

Los ejemplos anteriores sirven para ilustrar el aumento de costos que se pueden generar por la integración deficiente de los servicios. Respecto al uso eficiente de los recursos, el último informe al respecto del Observatorio Fiscal demuestra que el gasto por egreso hospitalario, es decir el gasto por cada paciente que es dado de alta, se ha más que duplicado en la última década (gráficos en Anexos)<sup>8</sup>. Al comparar establecimientos de complejidad y presupuestos similares, se observan diferencias de hasta un 93% en el gasto por egreso hospitalario, lo que refuerza la idea de que al menos parte importante del aumento en el gasto hospitalario de la última década se debe a un aumento de la ineficiencia en el uso de los recursos. En la imagen a continuación se observan las diferencias en el gasto por egreso equivalente<sup>9</sup> entre hospitales de complejidad media-baja, alcanzando una diferencia de 91% entre dos de ellos.

---

<sup>8</sup> (Observatorio Fiscal, 2020)

<sup>9</sup> El gasto por egreso equivalente corresponde al gasto por egreso hospitalario ajustado por la complejidad promedio de los pacientes atendidos en el recinto, que se califican a través de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD).

Clústeres por Nivel Complejidad	Clústeres por Nivel Gasto (grupo)	Nombre Establecimiento	
Complejidad MEDIA-BAJA	Hospitales con gasto entre 29 y 36 mil millones	Hospital Dr. Exequiel González Cortés (Santiago, San Miguel)	2.400.341
	Hospitales con gasto entre 55 y 69 mil millones	Hospital San Pablo (Coquimbo)	2.330.233
		Hospital San Juan de Dios (La Serena)	2.392.591
		Hospital Clínico de Magallanes Dr. Lautaro Navarro Avaria	2.980.993
	Hospitales con gasto entre 75 y 87 mil millones	Hospital Las Higueras (Talcahuano)	1.899.404
		Hospital Clínico Regional (Valdivia)	2.402.279
		Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)	2.466.563
		Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada	2.688.507
		Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Díaz Inzunza	3.619.573

Ilustración 5: Gasto por egreso equivalente, complejidad media-baja  
Fuente: Observatorio Fiscal, 2020

Al igual que en el manejo de los gastos, en la gestión de la deuda hospitalaria también se pueden encontrar grandes brechas tanto entre hospitales como entre Servicios de Salud. Cabe destacar aquí que, según el informe de la DIPRES (Dirección de Presupuestos, 2016), si bien la mayoría de los establecimientos autogestionados presentan índice de criticidad máximos en la deuda, 5 de ellos parecieran tener un problema estructural en la deuda, pues aparecen entre los más endeudados en 5 de los 6 años estudiados.



2. Participación social amplia
3. Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud

Para poder medir el nivel de avance en la implementación del modelo, la OPS establece el instrumento de valoración. Éste consistió en una evaluación realizada por un encargado de la OPS, aplicada en 2016 como parte de las Jornadas de Formación y Coordinación RISS en 5 Servicios de Salud, tanto de la Región Metropolitana como de otras regiones. Se realizó a través de un taller de análisis, donde representantes de los distintos niveles de cada red evaluaron los diferentes ámbitos del modelo y sus atributos. La evaluación proponía 4 niveles de desarrollo para cada atributo del modelo, especificando qué se esperaba en cada nivel, por lo que los representantes debían asignar un nivel de desarrollo a cada atributo según el avance de éste, lo que generó los resultados de la ilustración 8 más abajo.

			CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
AMBITO 2	ATRIBUTO 7	OBJETIVO	1	2	3	4
<b>GOBERNANZA Y ESTRATEGIA</b>	7. Un sistema de gobernanza único para toda la red.	7.1 Esta conformado y funciona el órgano de gobernanza de la red integrada de servicios de salud	La red posee un organo de gobernanza constituido por representantes de la comunidad y de las unidades operativas	...	...	El organo de gobernanza garantiza la rendicion de cuentas de la red. Existe ademas, un Cuadro de Mando Integral para el organismo de gobernanza de la RISS.
		<b>CALIFICAR</b>	<b>1</b>			
	<b>TOTAL ATRIBUTO 7</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

*Ilustración 7: Ejemplo de un atributo en Instrumento de Valoración  
Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2016*

Dentro de los cuatro ámbitos evaluados, el de Gobernanza y Estrategia fue el con menor porcentaje de desarrollo, obteniendo un 25%. Además, fue el que tuvo mayor dispersión en los resultados entre los distintos Servicios de Salud. Esto se puede traducir en que, según los mismos actores del sistema, las Redes Integradas de Servicios de Salud no se han logrado implementar en su totalidad, y en lo que menos se ha desarrollado, y de manera más irregular, ha sido en el ámbito de la Gobernanza y Estrategias.

Dado lo anterior, la hipótesis que se plantea es que la estrategia actual no ha logrado implementar satisfactoriamente el modelo RISS en el ámbito de la Gobernanza y Estrategias.

AMBITO		ATRIBUTO		CALIFICACION	CALIFICACIÓN MÁXIMA	PORCENTAJE DE DESARROLLO
1	MODELO ASISTENCIAL	1	Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que <u>determinan la oferta de servicios de salud.</u>	6	12	50,0%
		2	Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y <u>los servicios de salud pública.</u>	8	16	50,0%
		3	Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la <u>mayor parte de las necesidades de salud de la población.</u>	6	12	50,0%
		4	Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios	10	16	62,5%
		5	Mecanismos de coordinación asistencial	14	28	50,0%
		6	Tipo de cuidado centrado en la persona, la familia y la comunidad	4	12	33,3%
		TOTAL AMBITO 1				48
AMBITO		ATRIBUTO		CALIFICACION	CALIFICACIÓN MÁXIMA	PORCENTAJE DE DESARROLLO
2	GOBERNANZA Y ESTRATEGIA	7	Un sistema de gobernanza único para toda la red.	1	4	25,0%
		8	Participación social amplia	1	4	25,0%
		9	Atención intersectorial y abordaje de los determinantes de salud y la equidad en salud.	1	4	25,0%
		TOTAL AMBITO 2				3
AMBITO		ATRIBUTO		CALIFICACION	CALIFICACIÓN MÁXIMA	PORCENTAJE DE DESARROLLO
3	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	10	Gestión integrada	10	16	62,5%
		11	Recursos humanos suficientes y competentes	2	4	50,0%
		12	Sistema de Información	1	4	25,0%
		13	Gestión Basada en Resultados	2	4	50,0%
		TOTAL AMBITO 3				15
AMBITO		ATRIBUTO		CALIFICACION	CALIFICACIÓN MÁXIMA	PORCENTAJE DE DESARROLLO
4	ASIGNACIÓN E INCENTIVOS	14	Asignación de recursos financieros	8	12	66,7%
		15	Incentivos alineados con objetivos explícitos	7	8	87,5%
		TOTAL AMBITO 4				15

Ilustración 8: Matriz de Calificación de desarrollo de RISS  
Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2017

## ÁREA DE ABORDAJE

Los Servicios de Salud tienen a su cargo una red asistencial, de la cual forman parte todos los establecimientos públicos de salud de la zona asignada, y por mandato legal debe “*cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste (Ministerio de Salud) apruebe*” (Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, 2005). En cuanto a los Compromisos de Gestión, los indicadores de los Establecimientos Autogestionados en Red (indicadores EAR) y los Índices de Actividades de Atención Primaria en Salud (IAPS), estos son diseñados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través de sus divisiones.

El estudio se enfoca principalmente a nivel estratégico, por lo que los niveles jerárquicos del sistema que se abordan son los que diseñan las estrategias estudiadas (Subsecretaría de Redes Asistenciales) y quienes deben ejecutarlas directamente o

tienen algún poder de decisión en estas a nivel local (Servicios de Salud y directores de establecimiento).

# III. Objetivos

Dado el análisis realizado anteriormente, se propone como objetivo de este trabajo el *Generar un diagnóstico sobre la implementación del modelo RISS en el ámbito de Gobernanza, en particular sobre la eficacia de los COMGES, y proponer modificaciones al diseño de los compromisos.*

Se prioriza en este trabajo el diagnóstico del problema actual por sobre las propuestas de mejora, de manera que el logro del objetivo global permitirá a la autoridad localizar y priorizar los elementos a mejorar en los procesos asociados a la herramienta evaluada, entregando herramientas conceptuales que permitan definir futuros cambios a realizar. En caso de realizarse los cambios de estrategia necesarios, se puede potenciar los COMGES como control organizacional, de manera que estos permitan avanzar más rápido hacia un modelo de atención más integrado.

Para ello se proponen los siguientes objetivos específicos:

- 1) Identificar las causas del problema abordado, a través de la validación de lo identificado en la literatura con actores relevantes del sistema.
- 2) Generar un diagnóstico sobre el diseño actual de los COMGES y sus efectos en el logro de los objetivos del modelo.
- 3) Proponer alternativas de diseño que aborden los problemas identificados en el diagnóstico.

## **Alcances**

En este estudio, se asumen como ciertas las premisas propuestas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la importancia de la integración de los sistemas de salud, así como las estrategias propuestas para lograr este fin. Lo anterior implica que no se cuestiona la eficacia o eficiencia del modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud, sino su correcta implementación, según los principios establecidos por la OPS.

El ámbito de las RISS estudiado es el de “Gobernanza y estrategias”, por lo que se investigarán las principales acciones estratégicas asumidas para implementar el modelo propuesto dentro de este ámbito. Esto incluye los mecanismos de elección de autoridades, los indicadores de gestión utilizados, las instancias de participación y los mecanismos de rendición de cuentas, entre otros.

Quedan fuera del alcance de este estudio reformas que impliquen modificaciones de carácter estructural en el sistema, es decir, que requieran cambios sustanciales en la ley o en el organigrama del Ministerio de Salud. Esto incluye la eliminación de cargos directivos, fusión o división de las entidades rectoras, reestructuración del ente financiero de salud pública FONASA o de los mecanismos de pago de éste, etc.

# IV. Marco Conceptual

## GOBERNANZA EN SALUD

El concepto de gobernanza es materia de discusión. Por una parte, Dodgson, Lee, & Drager (OMS, 2006), lo definen de una manera bastante amplia como *“las acciones y medios adoptados por una sociedad para promover la acción colectiva y entregar soluciones colectivas en la búsqueda de objetivos comunes”*, donde esos objetivos comunes vendrían siendo *“la promoción y la protección de la salud en su población”* en este caso. Por otra parte, Hufty, Báscolo, & Bazzani (Cadernos de Saúde Pública, 2006) proponen que no existe un consenso respecto al término. Éste, si bien existe desde hace siglos, fue tomando mayor relevancia y apareciendo frecuentemente en publicaciones a partir de los años 80, para describir un cambio en la forma de administrar el Estado, pasando de una concepción jerárquica y centralizada, a una más horizontal o *“gobernanza moderna”*. Cabe destacar que este concepto *“involucra las interacciones entre las estructuras, procesos y tradiciones que determinan cómo el poder es ejercido, cómo se toman las decisiones y cómo participan los actores”*.

Se podría entonces tomar la definición inicial entregada por la OMS, acotando que la gobernanza es más amplia que el gobierno<sup>13</sup>, pues implica un conjunto de procesos instalados en una red de organizaciones complejas y diferentes actores, tanto del mundo público como el privado, donde no es suficiente dirigir, sino también coordinar.

Al definir lo que es un buen gobierno, existen diversos principios donde el sector privado y el sector público coinciden, entre estos se encuentran la rendición de cuentas (*accountability*), transparencia, integridad, respeto a las reglas, eficiencia, efectividad, calidad, respetar los derechos de los terceros (afectados, implicados u otros)<sup>14</sup>. Para llevar a cabo estos principios en salud, se han creado estructuras de gobiernos corporativos<sup>15</sup>, quienes controlan y dirigen la organización.

Se requiere de ciertos elementos básicos para que los gobiernos logren alcanzar los principios mencionados. De los códigos existentes, tanto en el mundo privado como en el público, se pueden extraer los siguientes elementos clave:

1. Existencia de un órgano colegiado de gobierno (Consejo), diferenciado de la Dirección Ejecutiva (órgano gestor).
2. Consejos con características que la experiencia ha demostrado que contribuyen a su efectividad: (a) consejeros sin poder ejecutivo en la organización e independientes; (b) de tamaño adecuado; (c) consejeros con competencias relevantes para la organización; (d) funcionamientos de subcomités de auditoría y otros según necesidades.
3. Dirección ejecutiva seleccionada por procesos transparentes y con retribución por desempeño.

---

<sup>13</sup> Dodgson, Lee, & Drager (2006) describen el gobierno como una forma particular y altamente formalizada de gobernanza

<sup>14</sup> (Freire & Repullo, 2011)

<sup>15</sup> Con gobierno corporativo se refiere a las estructuras de la organización, los procedimientos y mecanismos de ésta para la gestión, cumplimiento de normas y objetivos

4. Funcionamiento del consejo y dirección ejecutiva de acuerdo a códigos de buen gobierno y buena gestión.

En Chile se utiliza poco el concepto de gobierno corporativo para el sistema público de salud, posiblemente por la inexistencia de organismos colegiados de gobierno o por la poca relevancia de otros actores ajenos al Ministerio de Salud en la gobernanza. Sin embargo, los principios y herramientas antes expuestas aplican de igual manera al sistema nacional.

## RELACIÓN DE AGENCIA

Las relaciones de agencia se generan cuando una o varias personas (el o los principales) contratan a otro (agente) para que brinde sus servicios porque son especialistas en la toma de decisiones correspondientes. En los gobiernos corporativos se genera entre el/los controladores y el director ejecutivo<sup>16</sup>.

La separación entre el principal y el agente puede ser muy problemática, y al mismo tiempo, si se realiza de manera eficiente puede generar una ventaja competitiva en la organización. Se pueden presentar problemas porque el principal y el agente tienen distintos intereses, lo que puede llevar al oportunismo gerencial<sup>17</sup>, por lo que, para evitar este tipo de acciones, el principal recurre a uno o varios mecanismos de gobierno, que se traducen en costos de agencia. Estos incluyen los incentivos, los costos de vigilancia y control, así como las pérdidas sufridas cuando los mecanismos no funcionan. A medida que la organización crece, los costos de agencia aumentan, porque es más difícil vigilar lo que se encuentra dentro de ella.

En salud, esta relación de agencia se observa entre la Subsecretaría de Redes y los Servicios de Salud, entre los Servicios y los directores de establecimiento, y entre los alcaldes y los directores de la Atención Primaria. Entre los costos de agencia, se encuentran los gastos en bonificaciones y los costos de mantener los indicadores de gestión que se utilizan. Este último punto se evidencia en estructuras completas dentro de la Subsecretaría de Redes y en los Servicios de Salud, dedicadas al diseño, seguimiento y evaluación de indicadores de gestión, así como el gasto en personal dedicado al cumplimiento de éstos en los establecimientos.

## ESTRUCTURA DE LAS ORGANIZACIONES

Mintzberg, en 1979, describió las partes de una organización dividiéndolas en seis partes básicas. En la zona inferior se encuentra el núcleo operativo, quienes fabrican el producto o entregan el servicio; en el escalón superior está la cumbre estratégica, donde cargos directivos y gerenciales superiores supervisan la estructura; y entre ambos se encuentra la línea media, que aparece a medida que crece la organización para hacer de autoridad intermedia. En paralelo, se encuentra la tecnoestructura, donde se encuentran los analistas que realizan el trabajo administrativo necesario para la planificación y el control de la producción. En otro paralelo se encuentra el apoyo administrativo, que provee

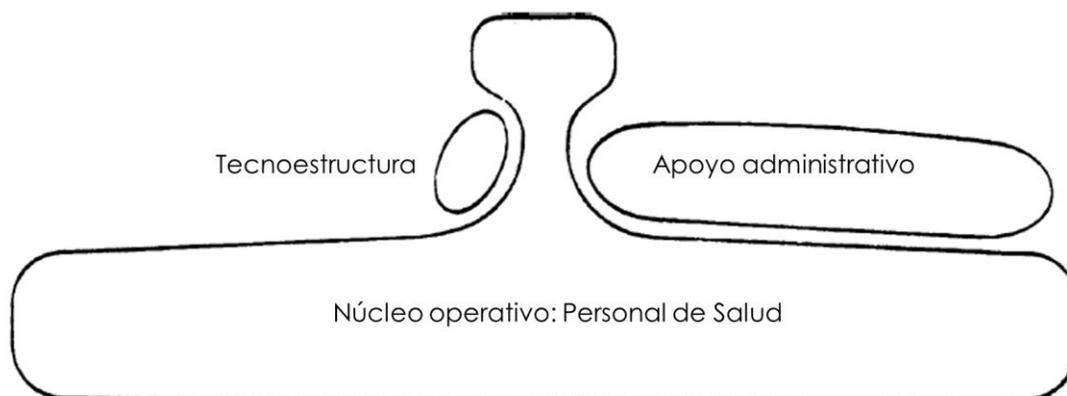
---

<sup>16</sup> (Hitt, Ireland, & Hoskisson, 2007)

<sup>17</sup> Oportunismo gerencial se presenta cuando éstos persiguen sus intereses personales recurriendo a engaños

servicios internos a la organización. Y finalmente se encuentra la ideología, que rodea a toda la organización. La representación gráfica de esto se puede encontrar en Anexos.

Luego de identificar las partes básicas, caracteriza a las organizaciones según el nivel de desarrollo de cada una de sus partes. Un hospital corresponde a una Organización Profesional, la cual se caracteriza por tener un fuerte núcleo operativo compuesto por el personal de salud, con un alto nivel de formación estandarizada y con una alta autonomía sobre su propio trabajo. Es una estructura más horizontal que, dado el nivel profesional y autonomía de la parte operativa, no requiere una mayor estandarización de los procesos, y si requiere un mayor apoyo administrativo a los operadores.



*Ilustración 9: Representación de un hospital como Organización Profesional  
Fuente: Elaboración propia en base a Mintzberg, 1979*

Aplicando estas clasificaciones a un nivel más agregado, un Servicio de Salud sería una Organización Diversificada, la cual tiene características similares a una Organización Profesional, solo que el núcleo operativo estaría constituido por los distintos establecimientos de salud a su cargo. Para este tipo de estructuras existe un fuerte impulso a la fragmentación, que debe controlarse limitando lo menos posible la autonomía de las divisiones (en este caso, establecimientos), por lo que las oficinas centrales aplican medidas de control de desempeño, esto es, estandarizando los resultados. Para estas medidas de control se requiere de una pequeña tecnoestructura. Además, se establecen mecanismos de apoyo a las divisiones en aspectos legales, relaciones públicas u otras asesorías.

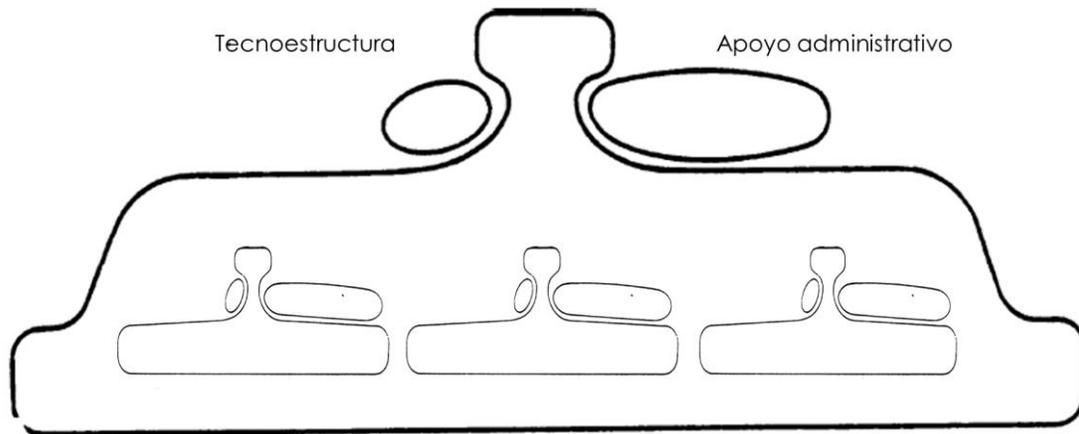


Ilustración 10: Representación de un Servicio de Salud como una Organización Diversificada  
Fuente: modificado de Mintzberg, 1979

## CUADRO DE MANDO INTEGRAL (CMI)

A principios de los años noventa, Kaplan y Norton proponen un nuevo modelo de gestión estratégica que permitiera ampliar la visión que se tenía en esos tiempos. Hasta esa fecha, el foco principal estaba en los indicadores financieros de gestión, como única fuente de valor y que daban cuenta de los activos tangibles de la empresa. La propuesta de estos autores mantiene la importancia de los indicadores financieros como la expresión de calidad y aceptación de la propuesta de valor, a los cuales deben orientarse el resto de los indicadores. Sin embargo, reivindican a los activos intangibles como las fuentes principales de ventajas competitivas, que en el mediano y largo plazo producirán frutos financieros. Además, proponen una alternativa para los organismos sin fines de lucro o gubernamentales, a los cuales puede incluso ser más valiosa esta herramienta.

Se plantean cuatro perspectivas para abordar la estrategia: la Financiera, la del Cliente, la de Procesos Internos y la de Crecimiento y Formación. En el mundo privado, están jerarquizadas las cuatro perspectivas en ese orden, generando una cadena de valor. Para el mundo público, sin embargo, la perspectiva financiera no es la que determina el cumplimiento de la misión, sino que es la perspectiva del cliente. La perspectiva financiera representaría al contribuyente, en cuanto al uso eficiente de los recursos, mientras que la perspectiva del cliente representa al usuario del sistema o a la sociedad en su conjunto. El modelo se grafica de la siguiente manera<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> (Berríos & Flores, 2017)

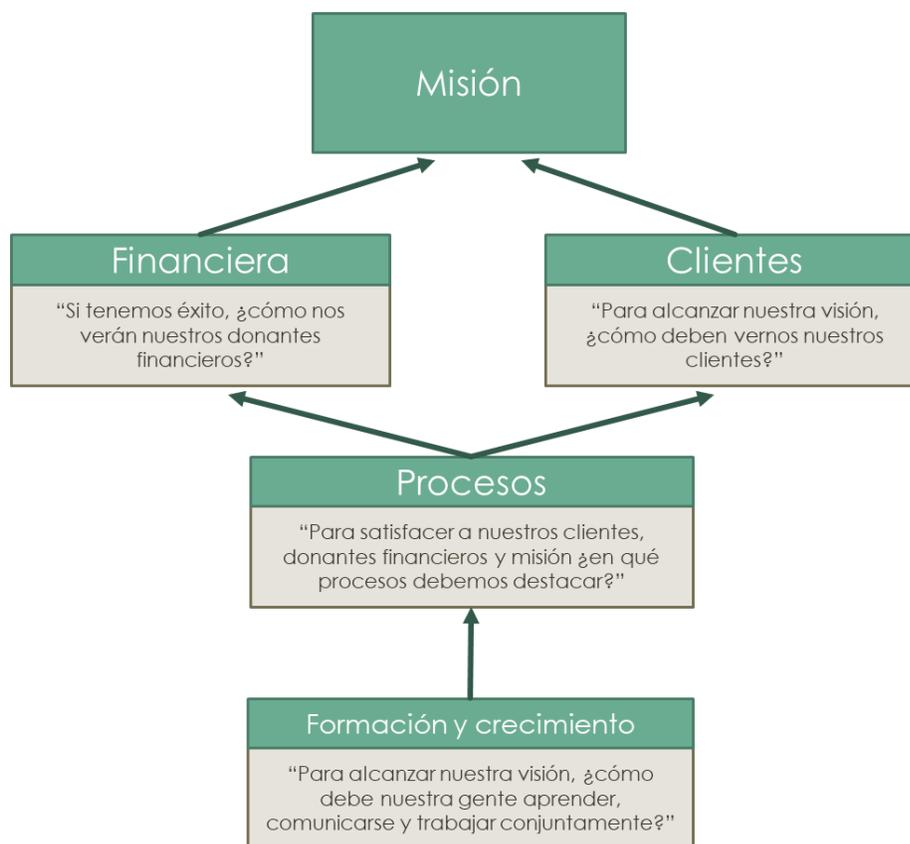


Ilustración 11: Adaptación del Cuadro de Mando Integral a organizaciones no lucrativas

Fuente: Elaboración propia en base a Berríos y Flores, 2017

En consistencia con esta cadena de valor es que se general los indicadores asociados a la estrategia. Estos indicadores deben seguir tres principios fundamentales

1. **Relaciones causa – efecto:** todos los indicadores son parte de una cadena de valor, por lo que cada uno de ellos debería ser un elemento en una cadena de relaciones causa efecto. El sistema de indicadores debe hacer que las relaciones entre ellos sean explícitas.
2. **Inductores de actuación:** un buen Cuadro de Mando Integral debe poseer una combinación equilibrada de indicadores de resultado (indicadores efecto) e inductores de acción (indicadores causa). Estos últimos representan la singularidad de la estrategia en la unidad en que se aplica, cuyo cumplimiento tiene efectos en los resultados.
3. **Vinculación con las finanzas:** en el mundo privado, todas las relaciones causales deben desencadenar en el cumplimiento de los resultados financieros, mientras que en el mundo público debe desencadenar en los resultados esperados hacia los clientes.

Se decidió aplicar este modelo de diseño estratégico, en primer lugar, porque es lo recomendado por el modelo RISS en sus bases<sup>19</sup>, y, en segundo lugar, porque al buscar en repositorios académicos por metodologías de desarrollo de indicadores fue lo que más se encontró. Cabe destacar que los indicadores de gestión de los Establecimientos

<sup>19</sup> (Organización Panamericana de la Salud, 2010)

Autogestionados en Red (EAR) están diseñados bajo esta dinámica, a diferencia de los COMGES y otros.

## TEORÍA FUNDAMENTADA

La Teoría Fundamentada es una metodología de investigación desarrollada por Barney Glaser y Anselm Strauss a mediados de los años 60', que actualmente es la más utilizada para realizar análisis cualitativo<sup>20</sup>, y cuyo objetivo es la creación de teoría<sup>21</sup> a partir de los datos, recogidos sistemáticamente y analizados a través de un proceso de investigación. Dos aspectos de este método son fundamentales: la creación de teoría a partir de los datos, y el acercamiento iterativo. Esto último implica que la recolección de datos y el análisis se hacen en tandas, en un proceso recursivo.

El proceso se inicia con una pregunta de investigación general. Luego de esto se determina quiénes son los actores relevantes para responder a esta pregunta, y se realiza una recolección de los datos. Una vez recolectados los datos se procede a codificarlos. Se puede dividir la codificación en dos<sup>22</sup>, una codificación inicial y una selectiva. La primera se traduce en una revisión de las transcripciones realizadas, etiquetando todo concepto que pareciera tener una significancia teórica potencial y/o que llame la atención del investigador por alguna particularidad. La segunda parte pone énfasis en los códigos que más se repiten o que sean más reveladores para la teoría, lo que lleva a la eliminación de algunos o varios códigos.

Luego de establecidos los códigos, éstos se comparan para crear categorías que los engloben. Una categoría se define como un concepto que ha sido elaborado para representar un fenómeno particular del mundo real, y que puede contener otras categorías. Durante esta etapa se busca lograr una saturación teórica<sup>23</sup> y se crean hipótesis que relacionan las categorías. Para saturar las categorías estudiadas y validar las hipótesis establecidas, se vuelven a recolectar datos y se repite el proceso de análisis. Aquí se observa el acercamiento iterativo que tiene este método, en el cual se está comparando constantemente los datos, conceptos, categorías e hipótesis hasta lograr una teoría fundamentada.

Tanto en la primera etapa de formulación de la pregunta de investigación, como en la comparación de las categorías, planteamiento de hipótesis y creación de teoría final, se pueden complementar los análisis con otros datos cualitativos o cuantitativos, así como con literatura relacionada al estudio. El proceso finaliza con la creación de una teoría que explique de manera coherente el fenómeno estudiado.

---

<sup>20</sup> (Bryman, 2012)

<sup>21</sup> Con la creación de teoría, se refiere a una serie de categorías que están sistemáticamente relacionadas entre ellas a través de declaraciones de relación, para explicar algún fenómeno.

<sup>22</sup> Los creadores de la Teoría Fundamentada dividen en tres la codificación: abierta, axial y selectiva. Sin embargo, autores posteriores prefieren dividirla en dos procesos.

<sup>23</sup> La saturación teórica se logra cuando a partir de la recolección de información no surgen nuevos datos relevantes para las categorías, éstas están bien desarrolladas y la relación entre ellas es clara.

# V. Metodología

En este estudio se distinguieron cuatro etapas:

1. Análisis exploratorio: aquí se realizaron entrevistas a referentes técnicos del Ministerio de Salud y se estudiaron documentos institucionales del ministerio y la OPS. Los productos de esto fueron un levantamiento de procesos del diseño de los COMGES y la identificación del problema a abordar, así como el contexto en el que se enmarca éste. Para el levantamiento de procesos se entrevistó al Coordinador Nacional, el cual entregó una descripción detallada del diseño de los COMGES, la cual fue corroborada con los referentes técnicos entrevistados.
2. Estudio del estado del arte: se estudiaron distintas investigaciones relacionadas a la gobernanza en salud que se encuentran en la bibliografía. Lo que se logró con esto fue la creación de primeras hipótesis relacionadas al problema abordado y la creación de ciertas categorías conceptuales y dimensiones a evaluar en el paso siguiente.
3. Análisis cualitativo: esta es la parte central del trabajo, la cual se explica más abajo. El producto de esto fue la creación de un diagnóstico del problema. Este diagnóstico consiste en la identificación de causas y un relato que las relacione y justifique.
4. Consolidación del análisis: aplicando el marco teórico al análisis anterior, se llegan a conclusiones finales y propuestas de mejora al diseño de los COMGES y otras herramientas de gobernanza.

Para la investigación cualitativa, se utiliza una adaptación del método de Teoría Fundamentada, iniciando con la pregunta de investigación general sobre cómo la estrategia RISS estaba abordando la fragmentación del sistema de salud. La recolección de datos cualitativos consistió en la realización de entrevistas semiestructuradas a directores y ex directores de servicios de salud y de establecimientos de diversa complejidad. En el proceso de codificación se fueron consolidando ciertas categorías como “pertinencia de las decisiones de salud” o “representatividad de los miembros en las instancias de participación”, que fueron tomando mayor o menor importancia durante el avance de las entrevistas y el análisis. Los datos cualitativos recolectados se complementaron con otros datos cuantitativos, como los resultados de la Herramienta de Valoración de la OPS sobre las RISS y los resultados de los COMGES 2019, junto a otros cualitativos como un levantamiento de procesos realizado al comienzo del estudio. Además, se aplicó literatura relacionada al tema, principalmente *papers* sobre gobernanza en salud e informes institucionales del Ministerio de Salud y la OPS.

Esta investigación es una adaptación del modelo de Teoría Fundamentada, por lo que existen algunas diferencias. En primer lugar, dado el tiempo y capacidad disponible, se inició la investigación con una pregunta de investigación, pero también con algunas hipótesis que se fueron validando o refutando y categorías previas que se querían evaluar, de modo que las entrevistas fueran más estructuradas y no tener que ampliar tanto la muestra teórica hasta que las categorías apareciesen. Por otra parte, tuvo un peso relevante en la creación de teoría el análisis documental de la literatura sobre gobernanza en salud, puesto que había investigaciones que abordaban ciertos puntos

clave que se validaron con las entrevistas, así como los informes institucionales que revelan inconsistencias también validadas en las entrevistas.

Para la recolección de datos se entrevistó las siguientes personas y sus respectivos cargos. Algunos de los cargos son actuales, otros los tuvieron en períodos anteriores, siendo el más antiguo de ellos ejercido hasta 2016:

Nombre	Cargo ejercido	Fecha entrevista
Antonio Infante	Director de Servicio de Salud, Subsecretario de salud	20-11-2020
Alejandra Cordero	Referente Técnico, Jefa de Departamento en Subsecretaría de Redes Asistenciales, Consultora OPS	23-11-2020
Claudio Farah	Director de hospital	25-11-2020
Yuri Carvajal	Director de hospital	29-11-2020
Pablo Cox	Jefe de Departamento en hospital	29-11-2020
Margarita Pereira	Referente Técnico en Subsecretaría de Redes Asistenciales	30-11-2020
Enrique Moraga	Director de CESFAM	01-12-2020
Aldo Yáñez	Director de Servicio de Salud	04-12-2020
Dagoberto Duarte	Director de Servicio de Salud	12-01-2021
Angélica Valdés	Directora de CESFAM	12-01-2021

*Ilustración 12: Entrevistados para análisis cualitativo  
Fuente: Elaboración propia*

Además, para el análisis exploratorio y como insumo para la investigación en general, se entrevistó a las siguientes personas:

Nombre	Cargo ejercido	Fecha entrevista
Rodrigo Martínez	Jefe de Dirección de Gestión de la Red Asistencial	06-10-2020
Sebastián Cid	Coordinador Nacional COMGES	20-10-2020
Cristián Saavedra	Director de Instituto Teletón	14-01-2021

*Ilustración 13: Entrevistados para análisis exploratorio en insumo para la investigación  
Fuente: Elaboración propia*

Finalmente, se generaron propuestas en función del diagnóstico realizado y las conclusiones de éste, aplicando el marco teórico estudiado. Para validar las propuestas se realizó una consulta a los entrevistados, de los cuales 5 respondieron y entregaron retroalimentación respecto a ellas. Los entrevistados que respondieron tuvieron los siguientes cargos: director de Servicio (2), director de hospital (2), referente técnico (1).

# VI. Análisis estratégico

## PROCESO DE DISEÑO DE INDICADORES

Se realizaron entrevistas a tres referentes técnicos o ex referentes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y al coordinador nacional de los Compromisos de Gestión para poder identificar las etapas en el diseño de estos instrumentos y los responsables. Lo obtenido se puede observar en la ilustración siguiente.

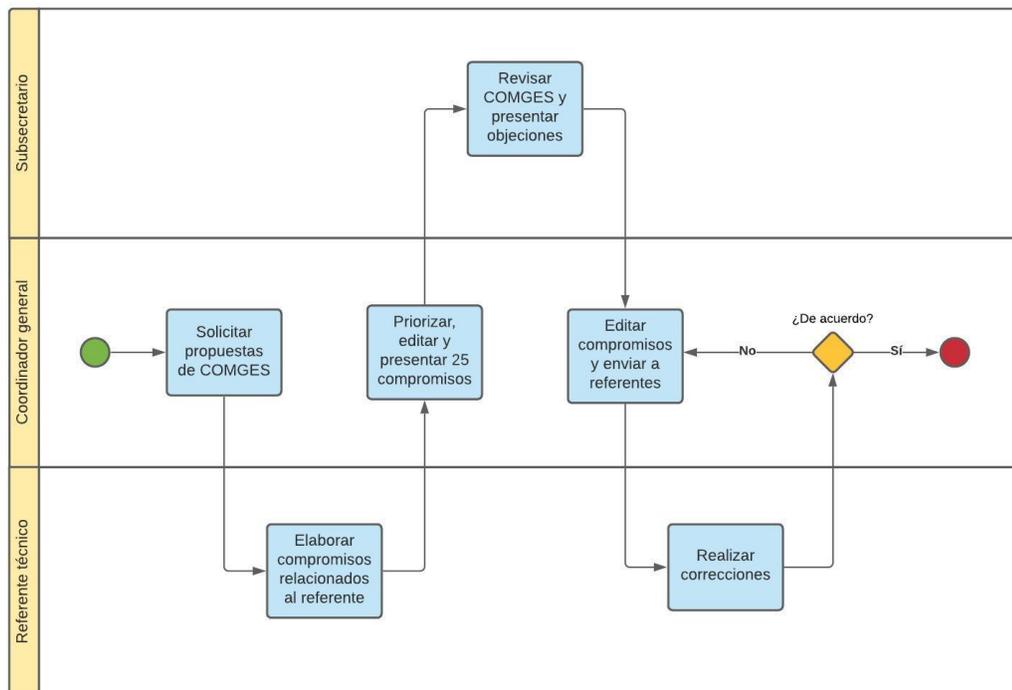


Ilustración 14: Proceso de diseño de los COMGES  
Fuente: elaboración propia

Se logró identificar también la cadena de responsabilidades asociada a los compromisos, la cual se presenta a continuación:

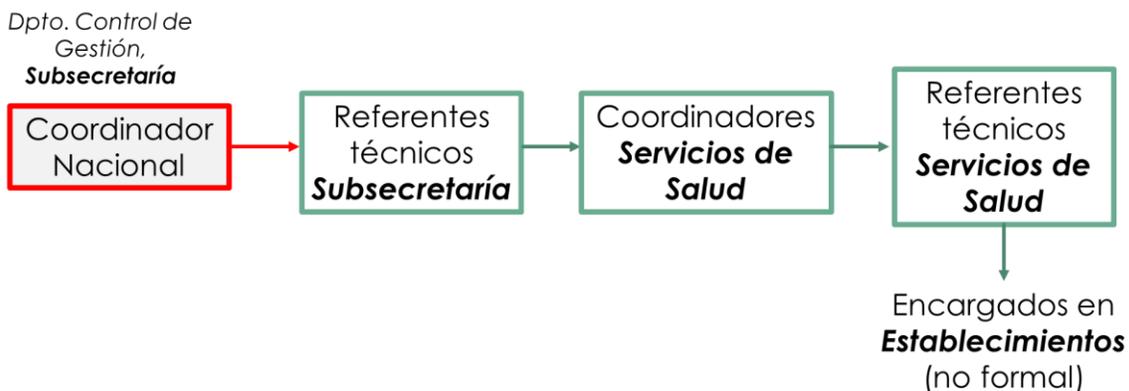


Ilustración 15: Organigrama de los COMGES  
Fuente: elaboración propia

Como se puede observar, los COMGES son diseñados desde la Subsecretaría, pasando por revisiones entre el coordinador nacional y los referentes técnicos para luego ser implementados en los distintos servicios de salud. Éstos últimos no son parte del proceso de diseño de los compromisos ni de la elección de los indicadores que se utilizarán para medir su cumplimiento. Una vez que están decididos estos dos, para los compromisos que requieren un plan asociado (porque su indicador se basa en actividades realizadas, por ejemplo, de capacitación) se les solicita a los directores de servicio que presenten un plan de actividades, los cuales son discutidas con el referente del compromiso.

El proceso anterior se realiza por completo cada cuatro años para coincidir con los períodos presidenciales, sin embargo, todos los años se revisa si hay algún compromiso o indicador que requiere ser modificado. Para definir qué compromisos se exigirán, se toman en cuenta tres elementos como referencia:

1. La definición de objetivos y productos estratégicos, definidos por la Subsecretaría de Redes Asistenciales por exigencia de la Dirección de Presupuesto (DIPRES).
2. El plan de gobierno de turno, sus prioridades en salud establecidas para el período.
3. Prioridades de los referentes técnicos. Se prioriza la continuación del trabajo que se viene haciendo por los referentes técnicos.

Las metas e indicadores de los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) tienen un proceso de diseño similar, también se deciden entre el coordinador nacional y los referentes técnicos. Una diferencia es que éstos se diseñan bajo el modelo de Cuadro de Mando Integral, y se evalúan todos los años. Otra diferencia es que son los hospitales los que rinden cuenta por sus resultados y lo hacen directamente a la Subsecretaría.

Finalmente está el Indicador de Actividades de Atención Primaria en Salud (IAAPS), que define una serie de prestaciones que deben realizarse y luego mide la cantidad que se ha realizado de cada una de ellas en los establecimientos de atención primaria. Éste se diseña de una manera distinta, es construido anualmente por la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (DIVAP), la actualización de indicadores y metas es un trabajo conjunto de todos los departamentos de esa división y es el departamento de gestión financiera y control de gestión de APS quien lo evalúa. El

cumplimiento de este indicador determina los descuentos a realizar en los pagos a final de año, en caso de existir brechas de resultados.

Se puede observar que, en estos tres tipos de indicadores, aunque existen diferencias en los métodos de diseño, éstos coinciden en que se realizan de manera centralizada en la Subsecretaría de Redes y que ni los servicios de salud ni los establecimientos participan en el proceso.

## **COMGES y sus resultados**

Se tuvo la intención inicialmente de analizar los resultados que han tenido los Compromisos de Gestión durante los últimos años, sin embargo, al solicitar los informes vía transparencia a la Subsecretaría de Redes Asistenciales se obtuvo como respuesta una notificación de prórroga de 10 días para la entrega de ésta (documento adjunto en Anexos), lo cual no se cumplió, por lo que se trabajó solamente con los resultados de los COMGES 2019.

Como se mencionó anteriormente, cada compromiso puede contener uno o más indicadores asociados, a partir de los cuales se calcula el nivel de cumplimiento obtenido durante el año. Los resultados para el año 2019 por cada compromiso se pueden observar en la Ilustración 16. Al estudiar estos indicadores, se puede observar que existe una mayoría de indicadores de proceso (cuyo producto es el cumplimiento de algún conjunto de procedimientos especificados) por sobre indicadores de resultado (cuyo producto es un logro sanitario medible, como la disminución de tiempos de espera o el aumento de los donantes de órgano).

Por otra parte, los indicadores de los cinco compromisos con mayor nivel de cumplimiento están compuestos en un 82% por indicadores de proceso y los cinco con peor nivel de cumplimiento se componen en un 86% por indicadores de resultado. Lo anterior da muestra un fenómeno que fue confirmado por los entrevistados, esto es, que existe una tendencia a enfocarse en los procedimientos más que en los resultados, puesto que estos últimos son más difíciles de lograr y de aplicar a distintas situaciones, como la medición de calidad o de satisfacción usuaria).

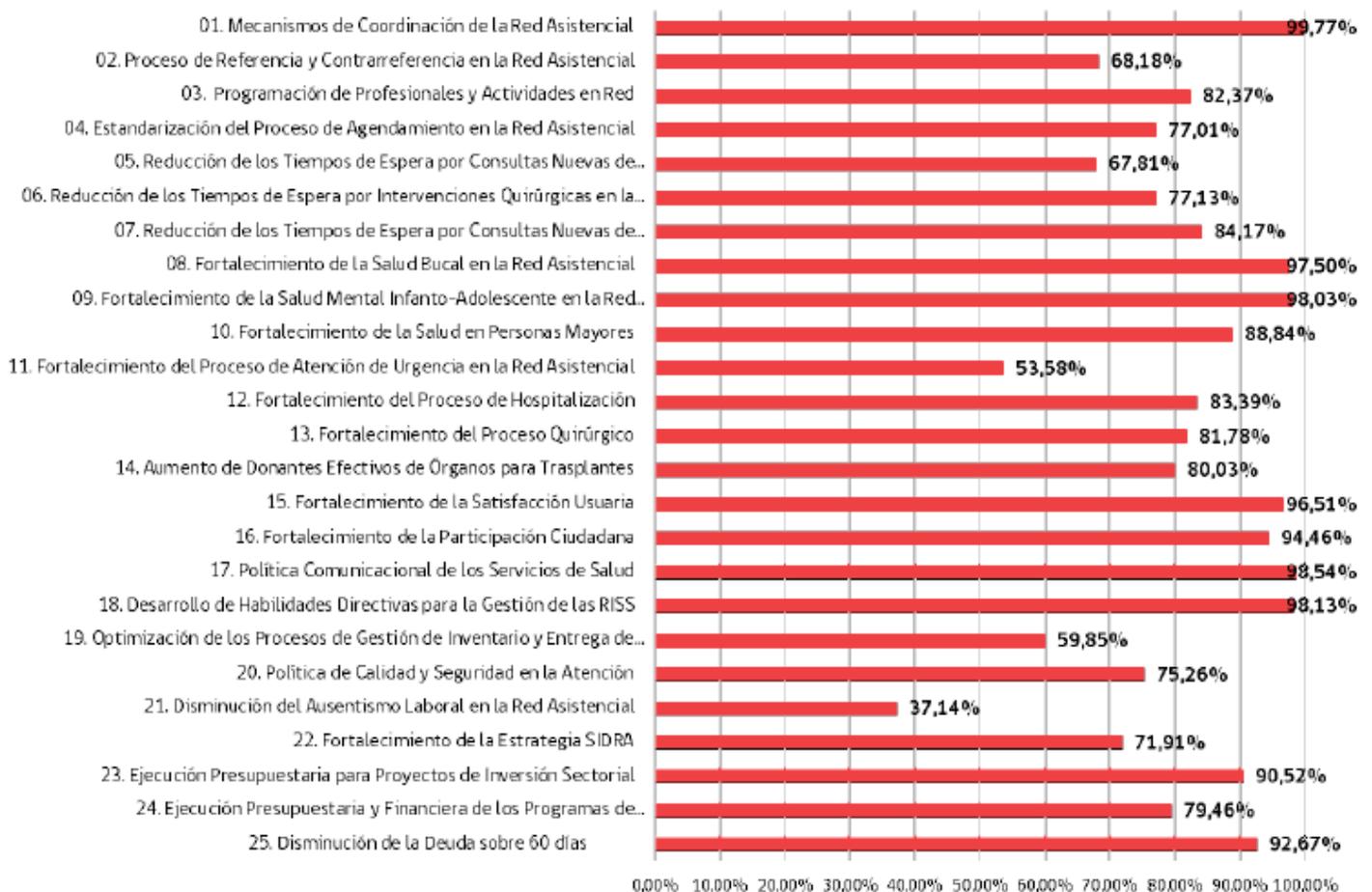


Ilustración 16: Porcentaje de cumplimiento COMGES 2019  
Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales 2020

Otra observación es que los compromisos que corresponden al ámbito de Gobernanza y Estrategias (15 al 17 en la versión de los COMGES 2019) poseen solo indicadores de proceso y con un alto nivel de cumplimiento. Sin embargo, esto no revela necesariamente un avance en este ámbito, como se discute más adelante.

## ABORDAJE DEL MODELO EN LA ESTRATEGIA

Cabe recordar que el modelo RISS propone tres atributos para el ámbito de Gobernanza y Estrategias, y lo que se espera de cada uno de ellos se encuentra resumido más arriba. Los atributos son:

1. Un sistema de gobernanza único para toda la red
2. Participación social amplia
3. Atención intersectorial y abordaje de los determinantes en salud y la equidad en salud

Como se mencionó en la contextualización, para el logro de los Objetivos Sanitarios de la Década se establecieron nueve ejes estratégicos, divididos en distintos temas cada

uno, con objetivos y metas para cumplirlos. En el eje “Fortalecer la institucionalidad del sector salud” y se presenta de la siguiente manera:

Tema	Objetivo	Meta
Gobernanza y Participación	Aumentar los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector	Lograr que todas las SEREMI y Servicios de Salud realicen al menos una consulta ciudadana anual sobre políticas públicas de salud

*Ilustración 17: Gobernanza y Participación en Ejes Estratégicos*  
*Fuente: Elaboración propia en base a Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2020*

El indicador que utiliza esta meta es el porcentaje anual de las SEREMI y Servicios de Salud que realizan al menos una consulta ciudadana anual. Los resultados de esta meta, expuestos por el Ministerio de Salud<sup>28</sup>, muestran un logro de un 6,3% por parte de las SEREMI y de un 4,3% por parte de los Servicios de Salud durante 2019.

Por otro lado, desde los Compromisos de Gestión, para abordar el ámbito de la Gobernanza y Estrategias existen los siguientes compromisos con sus respectivos objetivos y el atributo que abordan:

Compromiso	Objetivo	Atributo
N°16: Fortalecimiento de la satisfacción usuaria	Mejorar la satisfacción usuaria en el marco de la gestión integrada de la Red Asistencial, en los ámbitos de Acogida, Trato e Información a las personas usuarias en la atención de Urgencia, Farmacia y Lista de Espera Quirúrgica y de Especialidad, en los establecimientos hospitalarios y de la atención primaria de salud	2
N°17 : Fortalecimiento de la participación ciudadana	Fortalecer la participación ciudadana real y efectiva en salud con pertinencia territorial y cultural bajo un enfoque de derecho y corresponsabilidad, promoviendo el trabajo colaborativo de los equipos del sector salud, la comunidad usuaria, las organizaciones comunitarias y la sociedad civil	2
N°18 : Política comunicacional de los Servicios de Salud	Fomentar la competencia de la comunidad usuaria y funcionaria en relación a los temas de salud con enfoque de derechos, pertinencia intercultural, territorial, y de participación social, promoviendo el trabajo colaborativo entre los equipos de comunicaciones y de Participación en los territorios, dentro de sus competencias	1 y 2

*Ilustración 18: Compromisos de Gestión, objetivos y atributos*  
*Fuente: Elaboración propia en base a Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2020*

Las metas que se establecen para estos compromisos consisten en un conjunto de actividades a realizar durante un período de tiempo, relativas a un plan a cuatro años. Si se realizan todas las actividades del plan para el año, el logro es de un 100%. Los niveles

<sup>28</sup> Gráficos en Anexos. Fuente: [http://simpo.minsal.cl/monitoreo\\_indicadores](http://simpo.minsal.cl/monitoreo_indicadores)  
 El error gramatical de escribir dos veces “anual” está en la redacción del ministerio.

de cumplimiento son bastante altos, alcanzando un logro superior al 94% en los tres casos (gráfico en Anexos).

Independiente de los cumplimientos de las metas propuestas para los distintos indicadores, se puede apreciar que existe una inconsistencia entre los indicadores y los objetivos propuestos. Siguiendo la filosofía del Cuadro de Mando Integral, no se puede apreciar una relación causal entre la Meta de Impacto del Eje Estratégico y el objetivo que busca, la meta también es poco ambiciosa y aun así el cumplimiento es bajo.

Por otra parte, con los COMGES de Gobernanza existe una fuerte incoherencia en sus objetivos. A pesar de que están asignados a un atributo del modelo, su objetivo declarado no tiene relación con la implementación del atributo, a excepción del atributo 2 en los compromisos n°17 y n°18. Relacionado con lo anterior, sus indicadores no son inductores de actuación, puesto que no son parte de una cadena causal que impacte en un indicador de resultado.

## ESTRUCTURAS

### Cargos directivos

Durante la investigación, se identificó que existe una gran preocupación por la alta rotación y la politización de los cargos de directivos de servicios y hospitales, tanto directores como subdirectores.

*“Calidad y continuidad de los equipos directivos, esos son los dos problemas centrales que explican perfectamente las diferencias en el cumplimiento de objetivos sanitarios (...) por ejemplo La Florida, en los últimos 10 años debe tener 7 directores (...) casi ningún director está más de tres años en promedio.”*  
*Ex director de Servicio de Salud*

La percepción generalizada es que los cargos, al ser elegidos por Alta Dirección Pública (ADP), están altamente politizados, lo que genera una alta rotación debido a los cambios de gobierno. Si bien la elección por ADP pretende profesionalizar el nombramiento de estos puestos, evitando que sean designados arbitrariamente por la autoridad de turno, tiene la debilidad de que pueden ser destituidos en cualquier momento. Esto se condice con los datos, puesto que en los cambios de gobierno de 2010 y 2014 se desvincularon al 85% y al 96% de los cargos directivos de primer nivel jerárquico respectivamente<sup>29</sup>.

*“No debieran estar los cargos de hospitales, principalmente directores y subdirectores en la Alta Dirección Pública, ello politiza la conducción de la organización sanitaria.”*  
*Ex director de Servicio de Salud*

Un efecto de esto es el poco atractivo que generan estos puestos para profesionales calificados, manifestándose en concursos que quedan desiertos y que postulan “los mismos de siempre”. Otro efecto es el bajo accountability que se genera, dado que los

---

<sup>29</sup> (Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, 2017)

rendimientos obtenidos no tienen mayor injerencia en el cargo, y los motivos de despido son más bien políticos, no existe una necesidad de rendir cuentas del trabajo realizado.

*“El accountability es un chiste, es la cuenta pública.”*  
*Ex director de Servicio de Salud*

*“La parodia del accountability es nefasta, es mejor no tener accountability (...) tu puedes decir cualquier estupidez y nadie te lo va a cuestionar, y no va a cambiar nada.”*  
*Ex director de hospital*

La falta de consecuencias de las acciones producto del bajo nivel de rendición de cuentas, podría explicar en parte las grandes brechas entre hospitales y Servicios de Salud en productividad, deuda hospitalaria y cumplimiento de COMGES (en el caso de los Servicios).

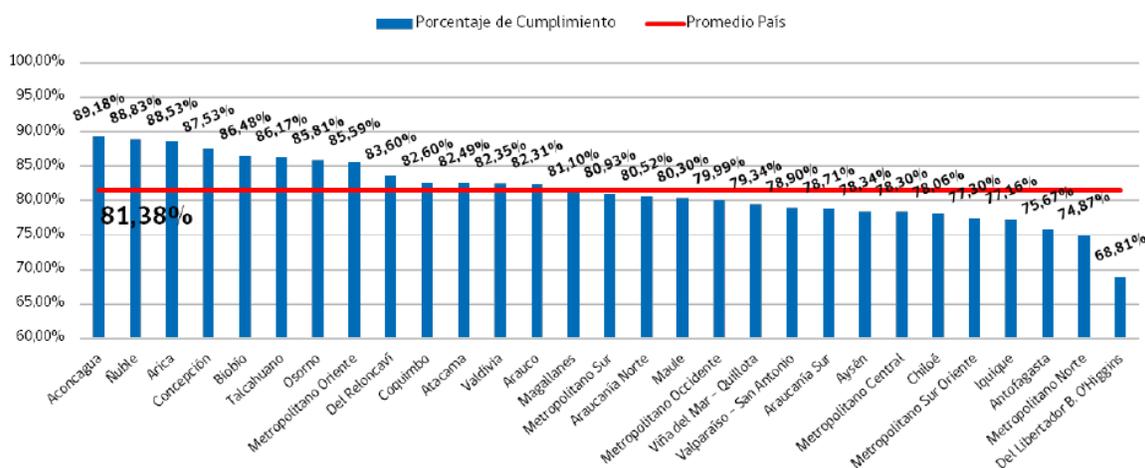


Ilustración 19: Porcentaje de cumplimiento COMGES por Servicio de Salud, año 2019  
 Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales 2019

La alta rotación y politización de estos cargos genera, finalmente, dificultades para el diseño e implementación de estrategias de carácter más local, dado que quienes tienen el rol de empujarlas y llevarlas a cabo, no permanecen el tiempo suficiente para lograrlo.

## Estructura organizacional y controles

A pesar del rol rector de los Servicios de Salud, establecido por ley, y la autonomía otorgada a los Establecimientos Autogestionados en Red, persiste un fuerte centralismo por parte del Ministerio de Salud. Programas, presupuestos, metas, indicadores, inversiones, entre otras decisiones, se realizan desde el nivel central, sin participación de los organismos territoriales.

*“En el ministerio hay un afán de control, de dar instrucciones y órdenes para que los otros cumplan.”*  
*Ex director de hospital*

Esto genera que se tomen decisiones con poca pertinencia local y se genera la sensación de que la autoridad es más un obstáculo que un apoyo para la gestión de la salud en el territorio.

*“Cada año se repite el ciclo (...) se trata de adaptar el ministerio de salud, pero sin pertinencia local, y entonces terminamos haciendo lo mismo para un escenario que va cambiando.”*

*Ex director de Servicio de Salud*

Lo anterior es contrario a lo que se espera de una organización diversificada, como se puede representar a un Servicio de Salud. En el caso de los establecimientos, se espera un menor control y estandarización de los procesos productivos, una mayor autonomía de los profesionales de la salud y un alto nivel de apoyo administrativo. Los ejemplos siguientes ilustran que suele ocurrir lo contrario.

*“(un neurorradiólogo) tiene que operar pacientes de una manera muy sutil a través de las arterias, entonces cada vez que va a operar al paciente debe ir a hablar con el jefe de UCI para que le dé una cama, para que tenga disponible al salir del angiógrafo, pero además debe conseguir al anestesista adecuado (...) es como si el piloto tuviera que pedir por favor que le den pista de aterrizaje.”*

*Ex director de hospital*

*“Te piden un referente para tal, tienes que hacer tal y tales tareas y la pregunta que uno se hace es ¿y a qué hora atendemos pacientes?”*

*Director de CESFAM*

La política de implementar los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) se valora positivamente desde el punto de vista de generar responsabilidad financiera en estos establecimientos, pero se mantiene el desafío de lograr que esta autonomía no perjudique la coordinación con la red. Otras brechas en este aspecto se manifestaron en un estudio de caso en que los profesionales identificaron la falta de competencias gerenciales para la autogestión, la alta rotación de los cargos directivos y la falta de políticas de capacitación de recursos humanos entre los principales obstáculos para lograr la autogestión<sup>30</sup>.

Hay un nivel de control que es necesario realizar para evitar el impulso a la fragmentación que se genera en este tipo de organizaciones, los cuales deberían consistir principalmente en indicadores de resultado. Sin embargo, aquí se genera un control excesivo desde la autoridad central que aumenta los costos de agencia, entorpece la gestión (disminuyendo la productividad) y no genera una integración evidente. Finalmente, los entrevistados declaran que existen las capacidades para gestionar los establecimientos y los territorios, a pesar de las dificultades que el sistema presenta.

---

<sup>30</sup> (Méndez C. , Miranda, Torres, Márquez, & Mathews, 2012)

## COMGES Y OTROS INDICADORES

Como se mencionó anteriormente, COMGES, indicadores EARs e IAAPS se definen a nivel de la Subsecretaría de Redes, sin mayor participación de los Servicios de Salud ni de los establecimientos. Este centralismo genera indicadores con poca pertinencia local y que no hacen sentido para quienes los ejecutan, no se entiende la utilidad de éstos o se piensa que no la tienen. En el caso de los COMGES, si bien quienes deben cumplir los indicadores son los Servicios de Salud, éstos exigen datos o reportes a los establecimientos para poder lograr sus metas.

*“Muchas veces se implementan un montón de cosas que tú no sabes si hay un buen uso de eso. Te piden mucho informe, resultados que tú dices, bueno, tengo que desviar personal para realizar un informe o hacer contabilidad de ciertos elementos.”*  
Director CESFAM

*“No, no se corresponden (los COMGES con las necesidades locales), porque en general responden más bien a lo que sea política del ministerio.”*  
Ex director de Servicio de Salud

Esto se traduce en que los indicadores en general se perciban como un papeleo burocrático a cumplir, sin un sentido práctico. Lo cual se contradice con los principios estratégicos del Cuadro de Mando Integral, en que parte fundamental de las herramientas implementadas es que permiten clarificar la visión y comunicar y vincular los objetivos a ésta, logrando que todos los empleados de la organización entiendan el sentido de los indicadores. Para esto es clave lo que plantea la OPS respecto a que las estrategias generales y los mecanismos de monitoreo sean consensuados por la red en su conjunto.

Por otro lado, se destaca la falta de indicadores de resultado en comparación a los indicadores de proceso aplicados.

*“Nosotros no tenemos una cultura tan instalada de incorporar indicadores de resultado real. Somos bien buenos para incorporar indicadores de procesos, como el proceso de hacer un plan.”*  
Ex jefa de departamento Subsecretaría de Redes Asistenciales  
y ex consultora OPS

Se entiende que en salud existen resultados difíciles de medir como la calidad, la participación efectiva, o la satisfacción usuaria. Sin embargo, siguiendo el modelo estudiado, al establecer los indicadores de resultado frente al cliente y los resultados financieros que se pretenden lograr, las demás perspectivas (de proceso y de crecimiento) se pueden alinear en una cadena de valor que desemboque en los resultados finales esperados. Lo que aquí se identifica es que los indicadores de proceso utilizados aquí, no se presentan como inductores de actuación, puesto que no tienen una relación causal que impacte en los objetivos finales.

## LOGRO EN LOS ATRIBUTOS DEL MODELO

Como insumo particular para esta parte del análisis se utilizan las propuestas de políticas públicas y mecanismos institucionales realizadas por la OPS y los elementos evaluados en la Herramienta de Valoración de este mismo organismo. Ambos se pueden encontrar en anexos.

### **Un sistema de gobernanza único para toda la red**

A pesar de estar constituidos los organismos territoriales (Servicios), una Subsecretaría de Redes como autoridad central única a cargo de ellos y que existe una clara estructura jerárquica de mando entre los cargos directivos, no se logran implementar las propiedades que se esperan de este atributo.

En primer lugar, no hay una construcción participativa de las definiciones estratégicas ni de los mecanismos de control de éstas, no son decisiones consensuadas con representantes de la red en su conjunto, lo cual es un punto importante de este atributo.

*“No hay ninguna co-creación del dibujo de necesidades del territorio en conjunto con la comunidad.”*

*Ex director de Servicio de Salud*

Por otro lado, el órgano rector no asegura la rendición de cuentas de la red, como se comentó anteriormente. Por el contrario, existe la percepción de que no hay accountability de los directores de hospitales y de Servicios de Salud. Con la APS es distinto, puesto que rinden cuenta a la municipalidad por su gestión. Con los EAR sucede que responden por sus indicadores y su presupuesto directamente a la Subsecretaría, lo que elimina la necesidad de responder al Servicio de Salud y a red de su propio territorio, potenciando el impulso a la fragmentación.

Por último, y como se comentó anteriormente, no existen compromisos ni definiciones estratégicas que apunten a generar cambios en la dirección que propone el modelo para este atributo.

### **Participación social amplia**

Este atributo es el que posee mayor presencia tanto en las definiciones estratégicas como en los COMGES. Se destaca como avance aquí la instalación de los Consejos Integrados de la Red Asistencial (CIRA) y de los Consejos Locales (CL)<sup>31</sup> de cada establecimiento. Sin embargo, se critica el carácter poco resolutivo de estas instancias, cuyo funcionamiento depende fuertemente del foco que el director a cargo.

*“Son instancias de flujo de información de arriba hacia abajo, no instancias de participación.”*

*Ex director de Servicio de Salud*

La exigencia que se hace por parte de los COMGES sobre esto es que existan, que haya un acta notificando la realización del consejo (tanto CIRA como CL), pero no están

---

<sup>31</sup> Se les llama Consejos Locales (CL) en este documento, sin embargo, tienen distinto nombre dependiendo del lugar, no tienen un nombre estandarizado

especificadas sus atribuciones ni el rol que debe cumplir, salvo excepciones, puesto que los COMGES de programación en red y de salud mental definen que sus planes deben ser aprobados por los CIRA. Esta inexistencia de roles y atribuciones genera que haya una alta dependencia de los directores en su funcionamiento y un carácter poco resolutivo.

Como acotación a lo anterior, la definición de roles y atribuciones requiere tener en consideración que no necesariamente los integrantes de estas instancias son representativos de la comunidad en su conjunto ni necesariamente tienen competencias suficientes en el área de salud.

*“Es muy curioso porque también las organizaciones sociales que están convocadas a los Consejos de Desarrollo Local, por ejemplo, tienen muy baja representatividad”*

*Ex director de Servicio de Salud*

Como último punto, cabe destacar la existencia de instancias de participación alternativas que han surgido por iniciativa propia de los actores involucrados. Uno de los casos encontrados es el de la sexta región, donde se formó una asociación de directores de salud de las municipalidades de esa región, para “hacer contrapeso” al Servicio de Salud O’Higgins. Participan la mayoría de las municipalidades de la zona y se dedican a identificar problemas comunes y generar planes de trabajo para solucionarlos, como las dificultades con la toma de horas del hospital regional o la generación de programas de capacitación.

Otro caso encontrado fue la Unión de Consejos Locales de Salud de la comuna de Valparaíso, que agrupa a los Consejos Locales de Salud de los distintos CESFAM de la comuna y que se reúnen para abordar problemas en común entre los distintos establecimientos de APS y de la comuna en general.

### **Atención intersectorial y abordaje de los determinantes en salud y la equidad en salud**

Este punto no se encontró entre las definiciones estratégicas ni en los compromisos ni en otros indicadores. Sin embargo éste, según la OPS, es un atributo clave para abordar los problemas de salud en su inicio y no cuando se desarrollan en enfermedades con altos costos tanto para la persona como para el sistema.

*“De intersectorialidad, nada. El diálogo con educación prácticamente no existe, el diálogo con las DIDECOS comunales prácticamente no existe, entonces definitivamente seguimos con un modelo que no se hace cargo de los determinantes sociales.”*

*Ex director de Servicio de Salud*

A pesar de lo anterior se encuentra que existe un espacio de acción intersectorial actualmente en la atención primaria, puesto que hay más capacidad de diálogo con las entidades municipales a cargo de otros servicios sociales. Directores de CESFAM declaran que existen programas de trabajo en conjunto con áreas de educación, con el

SENDA<sup>32</sup>, los tribunales de justicia, etc., lo cual puede ser aprovechado para políticas de abordaje de los determinantes sociales.

---

<sup>32</sup> Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol

# VII. Diagnóstico

## DIAGNÓSTICO

### Estrategias

Las definiciones estratégicas para el conjunto del sistema de salud se definen de manera centralizada desde el Ministerio de Salud, sin participación de representantes de las redes. Estas definiciones derivan en planes, indicadores y metas para Servicios de Salud y establecimientos, que también son definidas desde el ministerio, en concreto desde las áreas técnicas de la Subsecretaría de Redes.

Se adoptan estrategias distintas para los Servicios de Salud, la atención primaria y los hospitales, lo que se manifiesta en metas e indicadores diseñados por separados para cada ámbito (COMGES, IAAPS e indicadores EARS). Esta atomización se puede observar también en que a nivel de Subsecretaría se encuentran separadas las divisiones de atención primaria y de gestión de red, donde cada una diseña y controla sus indicadores por separado y no existe un trabajo en conjunto entre ellas. Esta fragmentación no permite la aplicación de la filosofía del Cuadro de Mando Integral (CMI), puesto que se requiere que las estrategias sean consensuadas, unificadas y adoptadas por el sistema en su conjunto.

En cuanto a los indicadores diseñados, estos no se condicen con los principios fundamentales del CMI:

1. Los indicadores de proceso no están diseñados como inductores de actuación, esto es, sus resultados no están contruidos para tener impacto en indicadores de resultado.
2. No hay claras relaciones de causa efecto entre indicadores. Éstas no están declaradas y tampoco se pueden inferir de su diseño.
3. Los indicadores no están contruidos en su conjunto para impactar en los resultados hacia los usuarios (resultados finales) a través de una cadena de valor. Cada uno está creado individualmente por un referente técnico para responder a algún requerimiento de la estrategia general, pero no forman parte de una cadena de valor.

Por último, no se abordan los atributos de Gobernanza y Estrategia del modelo RISS en la estrategia del ministerio, a excepción de la participación. Esto genera resultados engañosos con respecto a este atributo, mostrando en los resultados de los COMGES 2019<sup>33</sup> que éste es el atributo mejor logrado de los cuatro. En particular no existe un abordaje del trabajo intersectorial, existiendo una ventana de oportunidad importante en la atención primaria.

---

<sup>33</sup> (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2020)

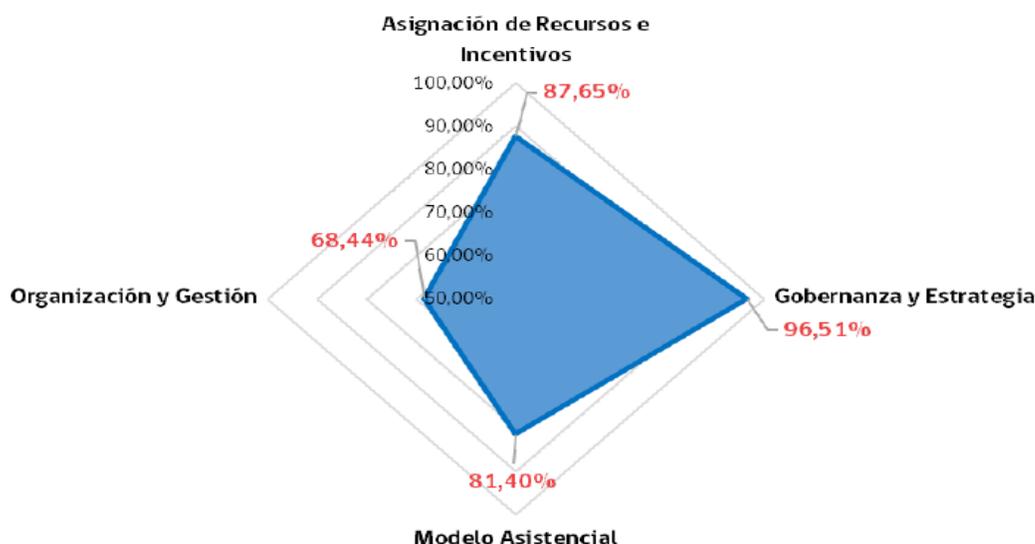


Ilustración 20: Porcentaje de cumplimiento COMGES por ámbito RISS, año 2019  
Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2020

Lo expuesto anteriormente genera como consecuencia que existe una pobre transmisión de la visión, estrategias y mecanismos de control hacia la organización. Los cargos directivos en salud no están alineados con las estrategias, de las cuales no se sienten parte, ni las entienden en su totalidad, por lo que el entendimiento tampoco baja a los demás trabajadores de la organización.

También se genera una pérdida de sentido y de pertinencia local de las estrategias aplicadas, no se perciben como útiles para el Servicio ni para los establecimientos. Por el contrario, los indicadores a seguir se perciben como burocracia, que obstaculiza la gestión en salud y afecta la eficiencia.

Por último, no se logran avances significativos en los atributos de Gobernanza y Estrategia, a pesar de los buenos resultados en los indicadores asociados a este ámbito.

## Estructuras

Tanto para la formulación de estrategias a nivel nacional como territorial, es una gran dificultad la alta rotación de los cargos directivos en salud, puesto que hace difícil el diálogo nacional (¿con qué actores del territorio se trabaja?) y el liderazgo de estas formulaciones en el territorio (¿quién se hace cargo?).

El nivel de control de parte de la autoridad quita responsabilidad a los directivos de distinto nivel sobre sus resultados, puesto que no tienen poder de decisión sobre inversiones, dotación de personal, incentivos e incluso sobre algunos asuntos clínicos como la cartera de servicios, por lo que no se sienten totalmente responsables de su gestión<sup>35</sup>. A esto se agrega el poco apoyo administrativo desde la autoridad central a los establecimientos, lo cual configura un escenario contrario a lo que requiere una organización diversificada: menor control operativo, estandarización de resultados y mayor apoyo administrativo.

<sup>35</sup> (Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, 2017)

Las fórmulas aplicadas para responder por los resultados por parte de los establecimientos producen una fragmentación importante. Los EAR y los CESFAM responden individualmente directo a la Subsecretaría de Redes, además la APS rinde cuenta a la respectiva municipalidad y los EAR al Ministerio de Hacienda por temas de deuda hospitalaria, por lo que no hay necesidad de responder al Servicio de Salud ni a los mecanismos de participación. En los mecanismos de pago se produce una igual fragmentación por parte de Fonasa, donde los pagos a APS y a la atención hospitalaria no poseen incentivos al trabajo conjunto.

Todo lo anterior tiene como efecto un bajo *accountability* en general, y prácticamente nulo hacia los territorios. Esto se observa con mayor fuerza en los hospitales, puesto que la APS tiene que rendir cuenta a la municipalidad, la misma que contrata al director y financia parte de su funcionamiento.

Por último, las instancias de participación existentes son valoradas, pero carece de una formalización en sus roles y atribuciones, lo que hace depender fuertemente su funcionamiento de la disposición de los directores de establecimiento y de Servicio.

## Conclusiones del diagnóstico

Las conclusiones se enfocan en dos direcciones en las que se cree importante generar cambios. Primero, en la formulación de estrategias consensuadas en el sistema, con el objetivo de entregarles sentido, pertinencia local y que aborden los atributos del modelo RISS. Segundo, en reformas a las estructuras actuales para generar una mayor rendición de cuentas hacia la red y hacia los territorios.

### Formulación de estrategias en salud

En el primer punto, cabe destacar la importancia que otorga tanto la OPS, como la metodología del Cuadro de Mando Integral, en que tanto las misión, visión y estrategias como los mecanismos para llevarlas a cabo, sean construidas y consensuadas por la red en su conjunto, no en el sentido en que sea una negociación con sindicatos, gremios y directores, sino en el que estas definiciones hagan sentido a los actores relevantes del sistema. Esto facilita el entendimiento y la comunicación de las definiciones estratégicas a todo el sistema.

Aplicando el método del CMI, se abordan las cuatro perspectivas

- Del Cliente/Usuario: en el ámbito público, los resultados de estos indicadores son los que determinan el cumplimiento de la misión. La pregunta a responder es “para alcanzar nuestra visión, ¿cómo deben vernos nuestros clientes?”. Es clave aquí consensuar los resultados que se quieren lograr y los indicadores de resultados que se utilizarán para medirlos, puesto que todos los demás indicadores se orientarán a generar impactos en ellos.
- Financiera: en paralelo a la perspectiva anterior se deben plantear los resultados financieros que acompañarán a los del cliente. También es clave determinar indicadores de resultado, por las mismas razones anteriores.
- De Proceso Interno: los indicadores que no sean de resultado en este ámbito deben ser diseñados como inductores de actuación, cuyo cumplimiento traiga

como consecuencia un impacto en indicadores de resultado, o en otros que sí lo tengan. Para que estos instrumentos tengan el efecto deseado, se requiere que acojan la diversidad territorial de los Servicios de Salud y de los establecimientos, de manera que tengan la mayor pertinencia local posible. Es importante que se desarrollen inductores de actuación diferentes para los distintos espacios, para abordar los procesos clave en su particularidad, lo que requiere la participación de cargos directivos de Servicios y de establecimiento para determinar qué indicadores de procesos son los que se requieren en sus espacios para lograr el impacto esperado en resultados.

- De Aprendizaje y Crecimiento: la pregunta a responder es “para alcanzar nuestra visión, ¿cómo debe nuestra gente aprender, comunicarse y trabajar conjuntamente?”. Los objetivos en este punto son a largo plazo, y deben seguir la misma dinámica de inductores de actuación y particularidad territorial que los de Proceso Interno.

Muy importante es que este proceso se haga en conjunto con todos los niveles de atención. Deben existir indicadores que exijan el trabajo en conjunto de los niveles primario y secundario.

Esto en la práctica implica un cambio en el diseño de los COMGES, indicadores EAR e IAAPS que hoy se definen por separado en distintas divisiones de la Subsecretaría de Redes, para ser parte de un trabajo en conjunto dentro de la Subsecretaría, con presencia de directores de Servicios y directores de establecimientos de nivel primario y secundario. A nivel de Servicios, esto implica que se deberán definir estrategias propias para cumplir sus indicadores en el territorio, que requerirán la participación activa de directores de establecimiento de distinto nivel y representantes de la comunidad. La instancia más cercana a esto son los CIRA, los cuales deben estar abiertos a recibir a otras organizaciones de la sociedad civil con las competencias necesarias y representación del territorio (como el caso de los consejos agregados de la sexta región y Valparaíso).

Otro punto importante, es la incorporación en el diseño de estas estrategias el abordaje de los atributos del modelo RISS en el ámbito de la Gobernanza y Estrategia. Objetivos como un mayor *accountability*, un fortalecimiento de la participación ciudadana o la creación de programas de acción intersectorial, son aspectos de este ámbito abordables desde los indicadores, y pueden constituirse en inductores de la actuación de la perspectiva de los procesos internos, con una fuerte vinculación a los indicadores de resultado.

El ejemplo de la Fundación Teletón, con todas las diferencias pertinentes al caso, muestra que se pueden desarrollar definiciones estratégicas en salud con la participación de directores de establecimiento, que sean consensuadas por el sistema y transmitidas a toda la organización. Para eso han sido clave las instancias de participación formal entre cargos de distinto nivel.

## **Reformas estructurales**

Destaca aquí la necesidad de mejorar la estabilidad de los cargos directivos, en primer lugar, de los establecimientos hospitalarios, y luego de los servicios de salud. Para esto es clave generar cambios en los concursos ADP, que permiten la remoción de estos cargos a discreción de la autoridad y que disminuye el atractivo a estos cargos por parte

de los profesionales capacitados, disminuye la calidad de los postulantes y disminuye el *accountability* por parte de estos cargos.

Es necesario también aumentar la rendición de cuentas a nivel territorial, por lo que se requiere incorporar mecanismos de incentivos en esa dirección.

Para lograr lo anterior, se requiere que las instancias de participación a nivel territorial estén formalizadas en cuanto a sus roles y atribuciones. Instancias de participación efectivas pueden generar un mejor monitoreo sobre los establecimientos, así como un mejor apoyo a la coordinación y al abordaje de las estrategias del territorio. A modo de ejemplo, en el caso de la Fundación Teletón las instancias de participación entre directores de instituto, gerentes y el directorio se dan a través de comisiones, donde cada una aborda un tema distinto, financiero, operacional, médico, etc. Estas comisiones toman decisiones consensuadas, lo que hace más efectiva la transmisión de las estrategias a los trabajadores de la fundación, y si bien son de carácter nacional (toman decisiones para todos sus institutos), puede servir de referencia para los mecanismos de participación a nivel de Servicio de Salud.

# VIII. Propuestas

## **Rotación de cargos directivos**

Un punto de transversal acuerdo en cuanto a su importancia es el de la politización y rotación de los cargos directivos de hospitales principalmente, pero también de directores de Servicio. Como se mencionó anteriormente, esto tiene efectos en la rendición de cuentas y en la generación de estrategias a largo plazo, entre otras.

En el convenio de desempeño, dentro del perfil de cargo para director de hospital, se estipula que para efectos de remoción este es un cargo de “exclusiva confianza” del jefe directo, por lo que podrá despedirlo si no cuenta con su confianza<sup>36</sup>. Se propone modificar este punto, creando requisitos de desempeño para realizar los despidos. Esta es una modificación que debe realizar administrativamente el Sistema de Alta Dirección Pública con el Ministerio de Salud.

## **Rendición de cuentas hacia la comunidad**

Hay gran acuerdo en cuanto al bajo *accountability* de los directores de hospital y también sobre la falta de atribuciones de las instancias de participación existentes. Para esto se propone modificar el convenio de desempeño de los cargos y agregar un indicador que exija una nota a su gestión, evaluada por una de estas instancias. No hubo acuerdo de si quien debía evaluar al director es el Consejo Local del establecimiento, o el Consejo Integrado de la Red Asistencial de ese Servicio, aunque hubo más apoyo a esto último. Uno de los entrevistados respondió contrario a la idea, puesto que no entendía cómo iba a funcionar el indicador.

El cambio en el convenio de desempeño debe ir acompañado de una modificación en el COMGES de participación, en el cual se exigen cierta cantidad de reuniones realizadas con las instancias de participación correspondientes a los establecimientos. Este indicador deberá incluir la evaluación realizada a los directores como un verificador de cumplimiento anexo a las actas de la reunión, para garantizar que la rendición de cuentas se realizó y que se envía la evaluación junto con el acta de esa sesión.

## **Proceso de diseño de los COMGES**

Hoy los Compromisos de Gestión se elaboran de manera centralizada desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales, lo que tiene repercusiones en la pertinencia local de éstos, en la pérdida de sentido que tienen para los directores y en el incremento de la burocracia. Para ello se propone que la creación de estos compromisos incluya un trabajo en conjunto con los Servicios de Salud. Esto se refiere a diseñar en conjunto los compromisos, las metas y los indicadores, lo que no implica cambios estructurales (proyecto de ley, modificación a reglamentos ni cambios organizacionales), sino una decisión por parte del Coordinador Nacional de estas herramientas en acuerdo con los Referentes Técnicos.

---

<sup>36</sup> (Sistema de Alta Dirección Pública, 2018)

## Unificación de indicadores

Se propuso en un principio unificar los indicadores actuales de gestión para el nivel primario y secundario, junto con los COMGES, determinando la mayoría de los indicadores necesarios a nivel de Servicio de Salud y dejando unos pocos a rendir desde el Servicio hacia la Subsecretaría.

Ante las diferencias de opinión y los comentarios frente a este punto, se propuso mantener separada la definición de indicadores para las distintas instancias, Servicios de Salud, Hospitales Autogestionados y APS, pero con ciertas definiciones en conjunto en el siguiente esquema

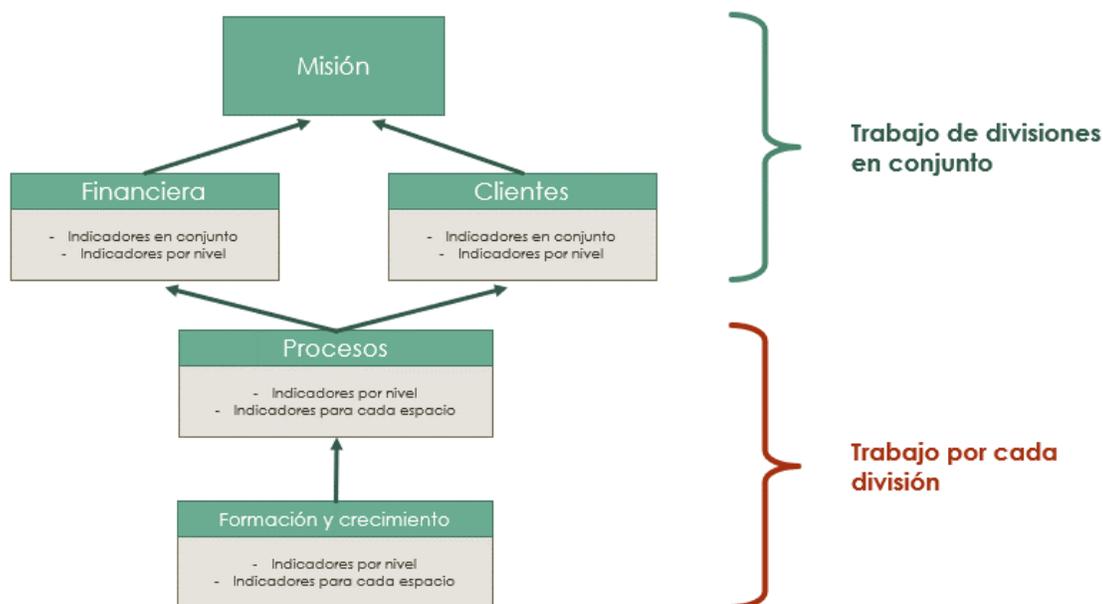


Ilustración 21: Divisiones e indicadores  
Fuente: Elaboración propia

Para la formulación de los indicadores se propone la creación de comisiones de la siguiente manera:

- Comisión de Resultados: se encarga de definir los indicadores de resultado de la perspectiva financiera y de clientes. Conformada por referentes técnicos de la División de Atención Primaria (DIVAP) y la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) y directores de Servicios de Salud
- Comisión de Procesos: se encarga de definir los inductores de actuación en las perspectivas de procesos internos y de crecimiento. Trabajan por separado la DIVAP y la DIGERA, ambas comisiones conformadas por directores de Servicios, directores de establecimientos y referentes técnicos. La comisión de la DIVAP determina los IAAPS y la comisión de la DIGERA determina los COMGES y los indicadores de los EAR.

Es importante recalcar que se deben generar indicadores que impliquen un trabajo en conjunto entre atención primaria y hospitalaria en este proceso.

### **Mecanismos de participación**

Si bien no se llegó a un acuerdo sobre qué roles y atribuciones en específico deben tener los CIRA y los Consejos Locales, si hay un acuerdo, tanto en los resultados de la encuesta como manifestado en las entrevistas, de que debe definirse la función que cumplen estos organismos en la gestión territorial. Lo óptimo es que estos roles y atribuciones sean acordados entre los Servicios de Salud y la Subsecretaría de Redes, diferenciándolos según el nivel de desarrollo que tengan en el territorio.

Para realizar esto de manera paulatina, se sugiere otra modificación al COMGES de participación, donde se agregue un indicador al compromiso, relativo los CIRA y CL formalizados en sus roles y funciones durante el período de evaluación. Si bien, hay ciertos roles que no pueden tomar a menos que haya cambios en la ley (como de asignación presupuestaria o decisiones de infraestructura), se pueden asignar roles de apoyo a los establecimientos, como evaluación de la satisfacción usuaria, generación de diagnósticos, diseño de políticas locales, diseño de planes de acción intersectorial, políticas comunicacionales, etc. El objetivo de este indicador no debe ser la cantidad, sino la calidad de las instancias formalizadas, enfocándose en los Consejos que estén más desarrollados al momento.

# IX. Conclusiones

En 2010 se comenzó un proceso de implementación de un nuevo modelo institucional para la salud en Chile, las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). El ámbito de Gobernanza y Estrategias de este modelo es el que ha tenido menor desarrollo hasta ahora, por diversos motivos que se han estudiado en esta investigación. Para abordar los problemas que se encuentran dentro del alcance del estudio se han propuesto dos objetivos:

1. Integrar el diseño de indicadores de gestión y las decisiones estratégicas asociadas a ellos
2. Mejorar la rendición de cuentas de los cargos directivos hacia la red y hacia los territorios

Sobre el primer punto, es clave que haya una integración tanto vertical como horizontal en estas definiciones estratégicas, es decir, que participen tanto los directores de servicio como las divisiones de Atención Primaria y de Gestión de la Red Asistencial, de manera que la estrategia haga sentido y se transmita mejor hacia los directores de establecimiento y los demás integrantes de la red. Se propone integrar actores en el diseño de los COMGES a través de comisiones, una que defina los indicadores de resultado principales (en la perspectiva del cliente y de las finanzas) y otras que definan los indicadores de proceso o inductores de actuación para la atención primaria y secundaria por separado (perspectiva de los procesos y de crecimiento). Es muy relevante que estas definiciones generen compromisos de integración entre niveles de atención, que los indicadores cumplan los criterios del CMI (presencia de inductores de actuación, relación causa efecto entre ellos, relación con los resultados finales) y que aborden los atributos del ámbito de Gobernanza y Estrategias de las RISS.

Por otra parte, se observó que existe un excesivo control operativo por parte del Ministerio de Salud hacia los Servicios de Salud y los establecimientos, mientras que el apoyo administrativo es bajo, lo que es contrario a lo que requieren organizaciones profesionales de tan alta complejidad. No se encontró una propuesta de solución a este ámbito en particular, sin embargo, se espera que la integración propuesta en el diseño de los COMGES permita una mayor flexibilidad en lo operativo y un enfoque en resultados que aplaque el problema.

El segundo objetivo se abarca desde dos puntos. En primer lugar, se expuso la necesidad que existe en disminuir la alta rotación de los directores de establecimiento, lo cual es sumamente importante para despolitizar (en el sentido ideológico-partidista) el cargo y que este realice un *accountability* efectivo hacia la red, entre otras consecuencias. Esto se puede abordar desde una modificación al perfil del cargo que está definido por el Consejo de Alta Dirección Pública.

En segundo lugar, se aprecia una rendición de cuentas ineficiente o inexistente desde los directores hacia la comunidad, por lo que se propone agregar al convenio de desempeño de estos cargos una evaluación por parte de alguno de los mecanismos de participación. En cuanto a estos últimos, en particular los Consejos de Integración de la Red Asistencial y los Consejos Locales, se aprecia su existencia, pero se requiere que se definan

formalmente los roles y atribuciones que deben tener. Para esto se propone una modificación del COMGES de Participación Social y que estas atribuciones se vayan definiendo gradualmente entre los Servicios de Salud y la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

## APRENDIZAJES FINALES

Los sistemas de salud son sistemas altamente complejos, y una razón de muchas es que el producto final de estos es algo muy difícil de valorar en términos cuantitativos, lo que dificulta mucho el medir los resultados obtenidos, principal motor de cualquier organización, y que son determinantes para la toma de decisiones estratégicas. Otras dos razones son el tamaño y la diversidad de actores involucrados, lo que combinado produce una red de actores complejos, con diversos incentivos y con una fuerte relación con el mundo político.

En este escenario es difícil llegar a acuerdos sobre soluciones a los problemas identificados, por lo que encontrar diagnósticos compartidos en el sistema y trabajar sobre ellos para generar propuestas puede ser muy productivo. Ahí se encuentra la utilidad de las conversaciones con expertos y el análisis cualitativo de la situación actual.

Al iniciar esta investigación no se tenía claridad sobre como definir el problema ni como abordarlo una vez definido. La amplitud y complejidad del tópico estudiado (gobernanza del sistema de salud chileno) hacía difícil encontrar relaciones directas entre problemas concretos, como las listas de espera o la alta tasa de obesidad, y causas relacionadas a la gobernanza del sistema. Sin embargo, la investigación de la literatura relacionada permitió reducir el área de estudio a la implementación de modelo RISS en su ámbito de Gobernanza y Estrategias, e iniciar con las entrevistas.

La metodología de análisis cualitativo utilizada permitió una mayor flexibilidad, puesto que la Teoría Fundamentada es un proceso iterativo que permite ir modificando las definiciones encontradas a medida que se realizan más entrevistas. Muchas de las preconcepciones adoptadas durante la etapa previa del trabajo fueron refutadas en las primeras entrevistas, así como otras se comprobaron, y la repetición de ciertas categorías conceptuales durante ellas, como el *accountability* del sistema, la alta rotación de directores, el centralismo de las decisiones, etc., posibilitó ir acotando el problema abordado, así como retomar la lectura de literatura asociada a estos conceptos.

En general se encontró que existen acuerdos generales en algunos temas, tanto entre los entrevistados como en la literatura, como es el caso del excesivo centralismo en ciertas decisiones por parte del MINSAL, pero es más difícil encontrar acuerdos sobre los mecanismos para abordar éstos. Para llegar a conclusiones más concretas, se hizo necesario un análisis más profundo al material obtenido de las entrevistas y una lectura más exhaustiva de la literatura.

Se cierra este proceso con el reconocimiento de la complejidad de los sistemas de salud y el desafío que presenta el buscar soluciones a cualquier ámbito de este, en particular en los niveles estratégicos.

# X. Bibliografía

- Artaza-Barrios, O., Toro-Devia, O., Fuentes-García, A., Alarcón-Hein, A., & Arteaga-Herrera, O. (2013). *Gobierno de redes asistenciales: evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile*. Salud Pública de México.
- Berríos, R., & Flores, R. (2017). *Cuadro de Mando Integral: Resumen Marco Teórico*. Universidad San Sebastián.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. OUP Oxford.
- Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. (2017). *Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud*. Santiago.
- Dirección de Presupuestos. (2016). *Sobregasto operacional y deuda del Sistema Nacional de Servicios de Salud*.
- Dodgson, R., Lee, K., & Drager, N. (2002). *Global health governance: a conceptual review*.
- Freire, J.-M., & Repullo, J. R. (2011). *El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: ideas para avanzar*. Ciência & Saúde Coletiva.
- Fundación Teletón. (2020). *Memoria Teletón 2019*.
- Hitt, M. A., Ireland, R., & Hoskisson, R. E. (2007). *Administración Estratégica*. Santiago.
- Hufty, M., Báscolo, E., & Bazzani, R. (2006). *Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación*.
- Méndez, C., Miranda, C., Torres, C., Márquez, M., & Mathews, T. (2012). *Implementación de la política de hospitales autogestionados en Chile: percepción de los profesionales hospitalarios*.
- Méndez, C., Miranda, C., Torres, M. C., Márquez, M., & Mathews, T. (2012). *Implementación de la política de hospitales autogestionados en Chile: percepción de los profesionales hospitalarios*.
- Ministerio de Salud. (2005). *Modelo integral de atención en salud*. Santiago.
- Ministerio de Salud. (2005). *Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud*. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud. (2019). *Informe Glosa 6*. Santiago.

- Mintzberg, H. (1979). *Estructuración de las Organizaciones*.
- Observatorio Fiscal. (2020). *Eficiencia del gasto hospitalario en Chile*. Santiago.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas*. Washington D.C.
- Sistema de Alta Dirección Pública. (2018). *Perfil de Director/a Hospital Mario Sánchez de La Calera*.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2018). *Informe de implementación estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en el Sistema Público de Salud período 2014 - 2017*. Santiago.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2020). *Compromisos de Gestión 2019 Minuta Evaluación año 2019*. Santiago.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2020). *Compromisos de Gestión 2020 en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud*. Santiago.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2020). *Orientaciones para la planificación y programación en red*. Santiago.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2020). *Resultados finales Primer Corte Compromisos de Gestión 2020*. Santiago.
- Superintendencia de Salud. (2019). *Estadísticas de cartera de ISAPRE acumuladas año 2019*. Santiago.

# XI. Anexos

## ANEXO 1: ÁMBITOS DEL MODELO RISS Y SUS CORRESPONDIENTES ATRIBUTOS



Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2020

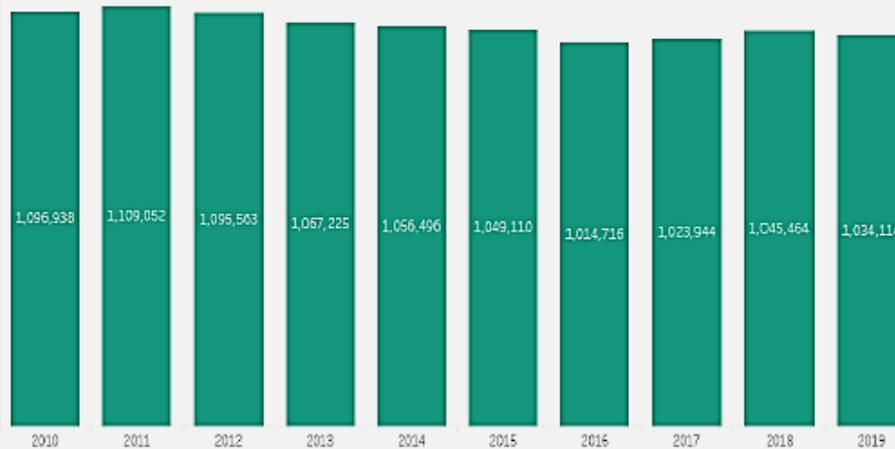
## ANEXO 2: EJES ESTRATÉGICOS Y TEMAS

EJES ESTRATÉGICOS	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	- TUBERCULOSIS	- MUERTE POR INFECCIONES RESPIRATORIAS	- ENFERMEDADES ZOOINFECCIOSAS Y VEICULARES	- CONTROL Y ELIMINACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	- MUERTES POR VIH SIDA					
	ENFERMEDADES CRÓNICAS, VIOLENCIA Y DISCAPACIDAD	+ SOBREVIVENCIA ANTE INFARTO Y ARRIQUE CARDIOVASCULAR	- MORTALIDAD POR CÁNCER	- MORTALIDAD PREMATURA POR DIABETES	- ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	- MORTALIDAD POR ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA	- DISCAPACIDAD ASOCIADA A ENFERMEDAD MENTAL	- DISCAPACIDAD	- CARECER DE NIÑOS	- MORTALIDAD POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO	- VIOLENCIA DE GÉNERO
	HÁBITOS DE VIDA	- CONSUMO DE TABACO	- CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL	- CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS	- OBESIDAD INFANTIL	+ ACTIVIDAD FÍSICA	+ PRÁCTICAS PROTECTIVAS	+ CONDUCTA SEXUAL SEGURA			
	CURSO DE VIDA	- MORTALIDAD PERINATAL	- ALTERACIONES EN EL DESARROLLO INFANTIL	- SUICIDIO ADOLESCENTE	- EMBARAZO ADOLESCENTE	- MORTALIDAD POR ACCIDENTES DEL TRABAJO	- INCAPACIDAD LABORAL	+ ATENCIÓN DE MUJERES EN EDAD DE CLIMATERIO	- DISCAPACIDAD EN ADULTOS MAYORES		
	EQUIDAD Y SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS	INSTALAR EL ENFOQUE DE EQUIDAD EN SALUD COMO RESPONSABILIDAD DE ESTADO BUSCANDO DISMINUIR LAS DESIGUALDADES INJUSTAS									
	MEDIO AMBIENTE	+ CONDICIONES AMBIENTALES	- INTOXICACIONES ALIMENTARIAS								
	INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD	+ INFORMACIÓN EN SALUD	+ INVERSIÓN EN SALUD	+ PARTICIPACIÓN SOCIAL	+ INFRAESTRUCTURA	+ GESTIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	+ GESTIÓN FINANCIERA	+ REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD - RISS	+ COOPERACIÓN INTERNACIONAL		
	CALIDAD DE LA ATENCIÓN	+ SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD	+ CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS	+ SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS							
	EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS	+ RESPUESTA DEL SECTOR SALUD ANTE EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS									

Fuente:: Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2020

### ANEXO 3: GRÁFICOS DE EFICIENCIA HOSPITALARIA

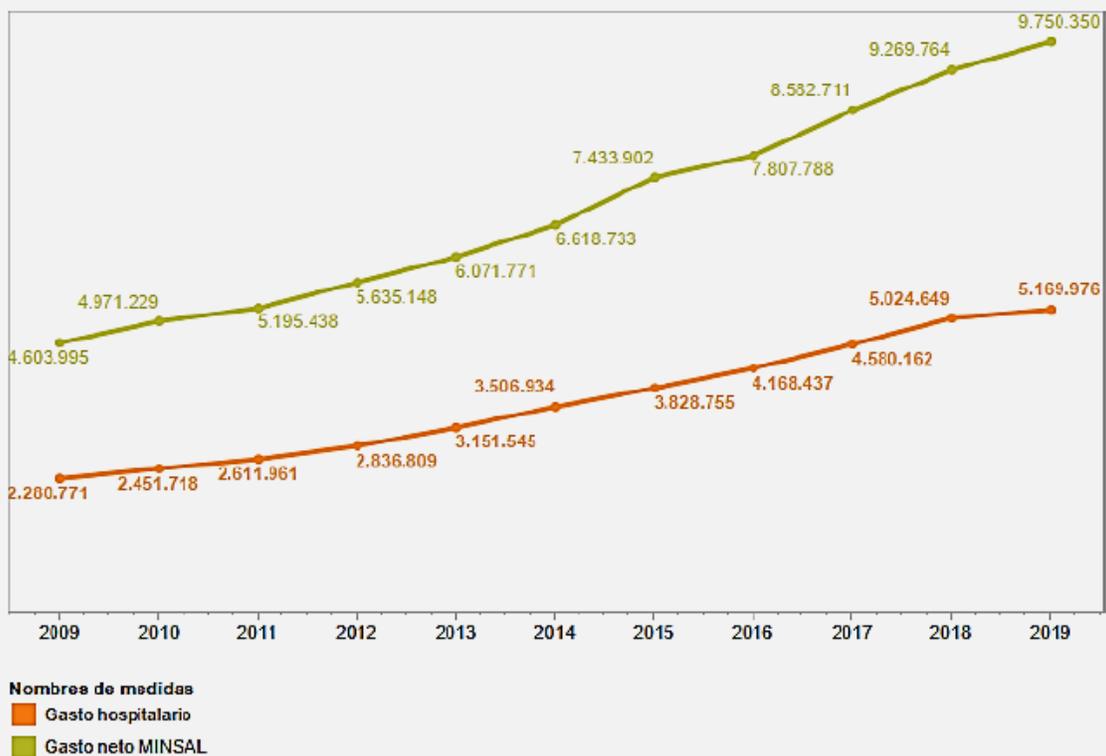
Evolución de la producción hospitalaria (número de egresos) en el sistema de salud público (2010-2019)



Fuente: Base de Datos de egresos hospitalarios, Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) – MINSAL

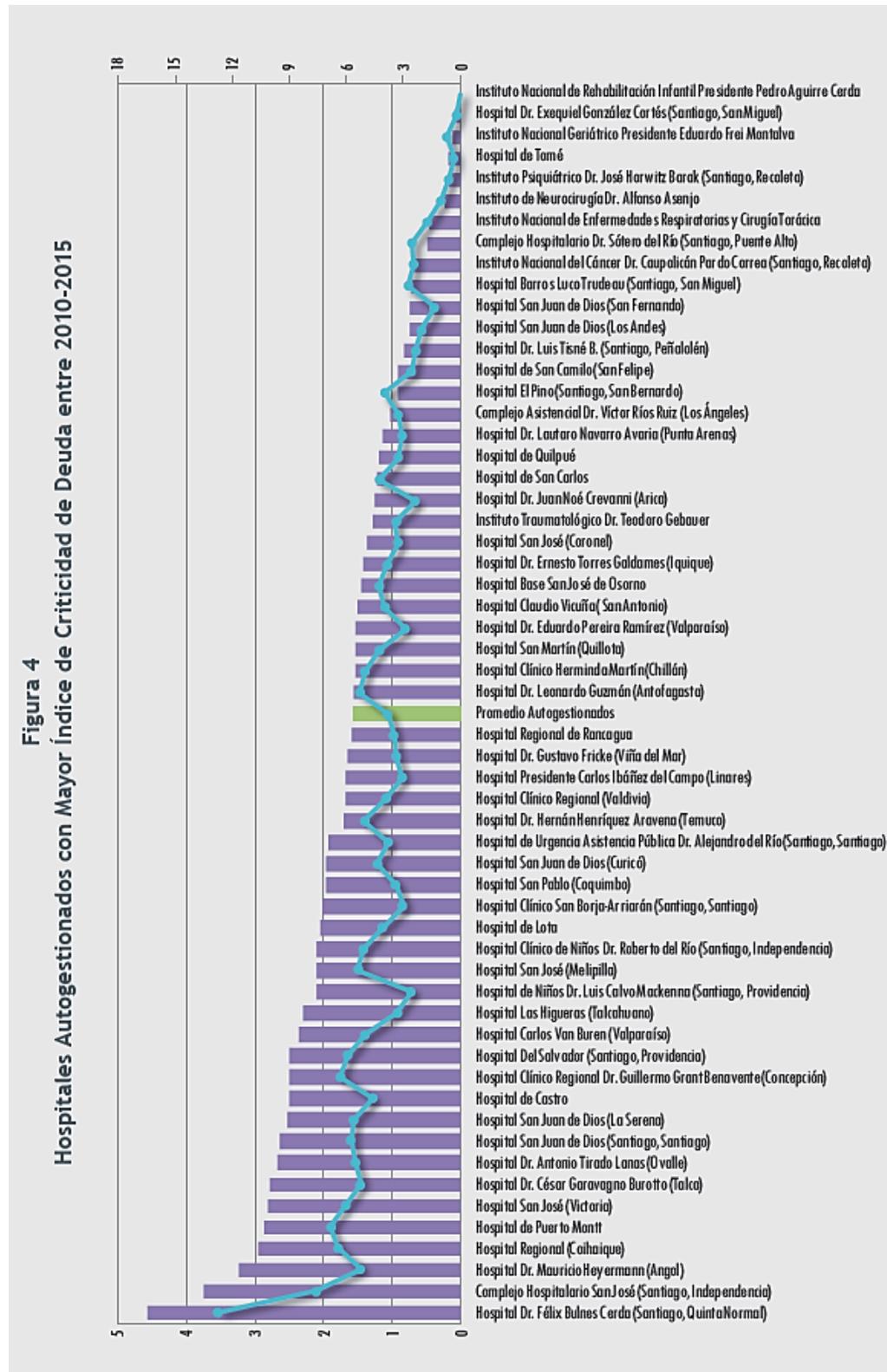
Evolución del gasto operativo hospitalario vs el gasto neto del Ministerio de Salud

(cifras en millones de pesos 2019)



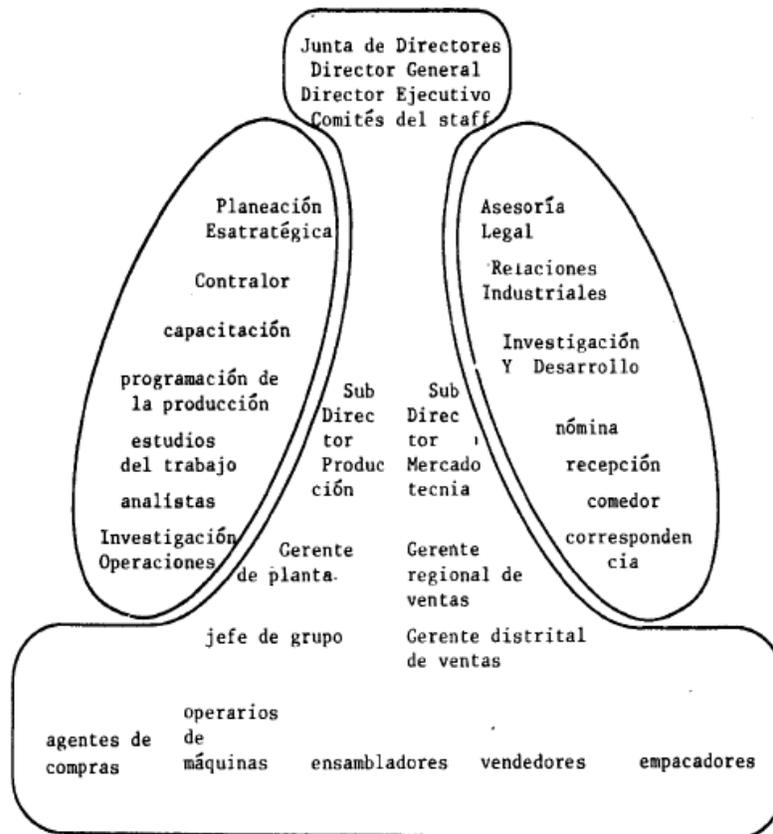
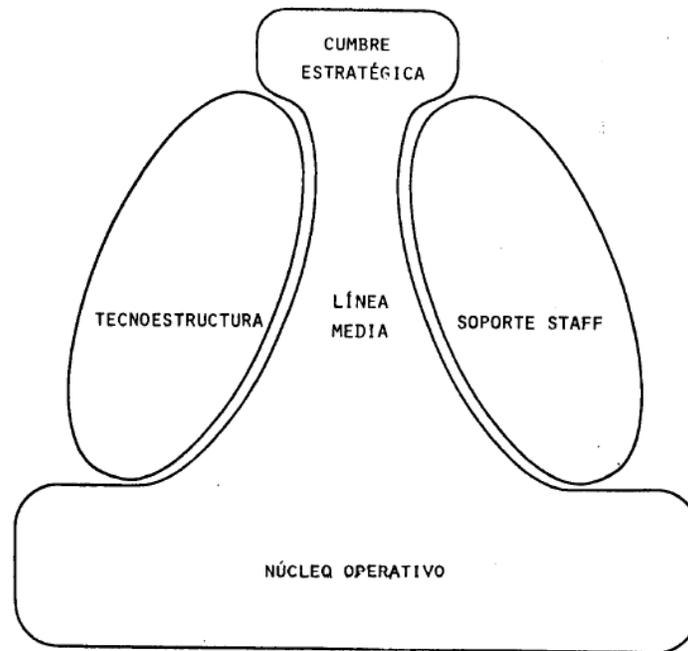
Fuente: Base de Datos de ejecución presupuestaria, DIPRES

## ANEXO 4: DEUDA HOSPITALARIA POR ESTABLECIMIENTO



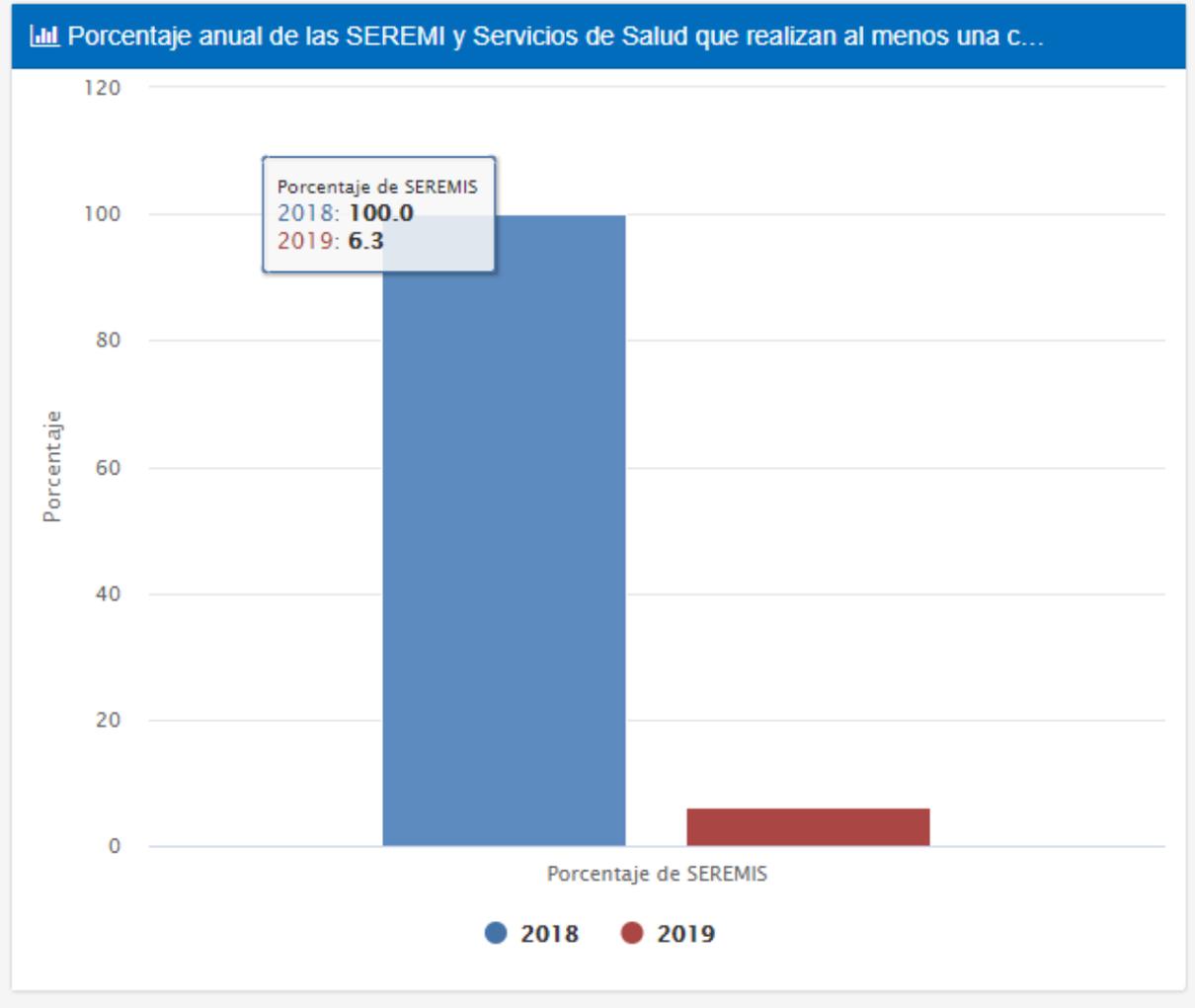
Fuente: Observatorio Fiscal, 2020

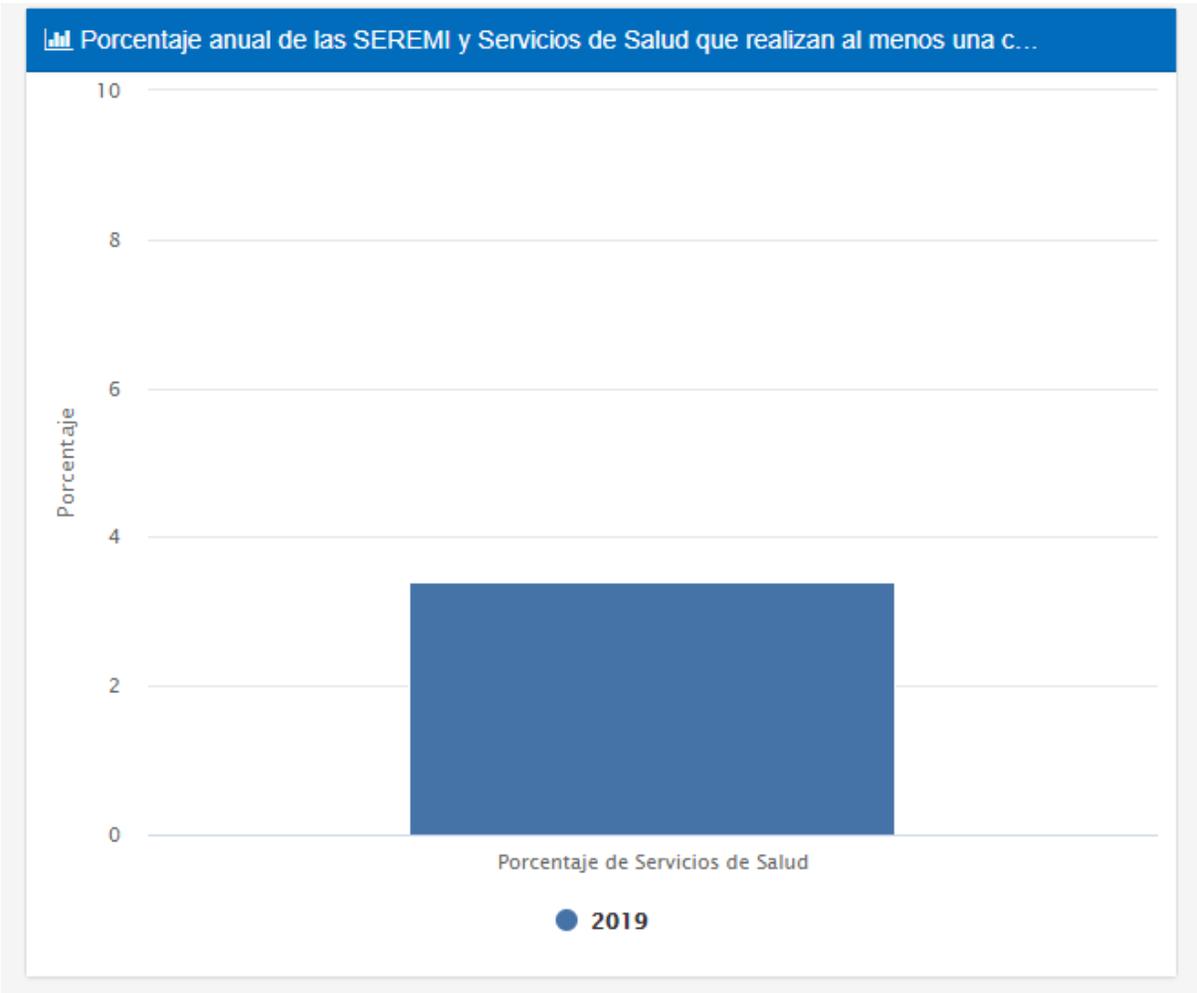
## ANEXO 5: ESTRUCTURAS ORGANIZACIONALES (MINTZBERG)



Fuente: Mintzberg, 1979

# ANEXO 6: RESULTADOS META DE IMPACTO GOBERNANZA Y REPRESENTACIÓN

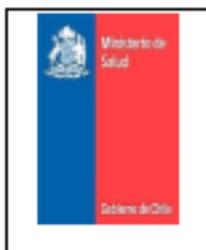




Fuente: Ministerio de Salud, 2020

# ANEXO 7: RESPUESTA A SOLICITUD DE RESULTADOS COMGES POR TRANSPARENCIA

Subsecretaría de Redes Asistenciales



Carta - NUM. 5072

**ANT.** : Solicitud de acceso a la información N° AO002T0005072 , de fecha 01/12/2020

**MAT.** : Comunica prórroga del plazo de respuesta, en conformidad al artículo 14 de la Ley de Transparencia

SANTIAGO, 31/12/2020

**A :** SR/A. Pablo Osorio Briceño

Con fecha 01/12/2020 , se ha recibido la solicitud de información pública N° AO002T0005072, cuyo tenor literal es el siguiente: Resultados del cumplimiento de los Compromisos de Gestión, para cada compromiso y cada servicio de salud de Chile, de los últimos 5 años (2015-2019, incluidos)

En cumplimiento de lo dispuesto en el punto 6.2 de la Instrucción General N° 10 del Consejo para la Transparencia, efectuada la búsqueda de la información, se comprobó que existen circunstancias que hacen difícil reunir la información solicitada, toda vez que se concede prórroga en virtud a retraso administrativo añadiendo las dificultades técnicas debido a la pandemia de salud en Chile con motivo del COVID-19..

En razón de lo anterior y en conformidad a lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley de Transparencia, se ha estimado necesario ampliar el plazo para otorgar respuesta a su solicitud en 10 días, venciendo este nuevo plazo el día 15/01/2021.

En caso de vencer el nuevo plazo sin obtener respuesta o de ser denegada, total o parcialmente, su solicitud podrá recurrir ante el Consejo para la Transparencia, dentro del plazo de 15 días contado desde que haya expirado el referido plazo señalado o desde la notificación de la denegación.

Saluda atentamente

Juan Pablo Labra Arévalo  
Analista Unidad de Transparencia

**DISTRIBUCIÓN:**

1. Sr/a. Pablo Osorio Briceño
2. Archivo

## ANEXO 8: PROPUESTAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE EL MODELO RISS PARA CADA ATRIBUTO DE GOBERNANZA Y ESTRATEGIA

Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
Un sistema de gobernanza único para toda la red	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear instancia de gobernanza de la red a nivel regional o sub-regional, dependiendo del caso (región, provincia, estado, distrito, municipio)</li> <li>• Crear directorio con representación de actores relevantes, incluidos los proveedores y la comunidad</li> <li>• Normalizar estructuras de gobernanza corporativa única para toda la red (director ejecutivo o directorio corporativo)</li> <li>• Conducir y alinear la cooperación internacional buscando el desarrollo de RISS como alternativa preferida para la organización, gestión y prestación de los servicios de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar a director ejecutivo/ directorio en gestión de redes</li> <li>• Rotar miembros del directorio por las distintas unidades operativas del sistema</li> <li>• Educar a la población y a los prestadores de salud sobre los beneficios de las redes integradas</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar misión, visión, valores y objetivos de la red como un todo en forma participativa</li> <li>• Realizar planificación estratégica, asignación de recursos y evaluación de desempeño en forma compartida por toda la red</li> <li>• Consensuar sistema de monitoreo y evaluación del desempeño de la red, con metas para la totalidad de la red, al igual que con metas individuales para las distintas unidades operativas</li> </ul>
Atributo RISS	Instrumentos de política pública		Mecanismos institucionales	
	Jurídicos	No jurídicos	Vías clínicas	Vías no clínicas
Participación social amplia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normalizar instancias de participación social en la gestión de los servicios de salud</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Involucrar al personal de salud en la gobernanza y la gestión de la RISS</li> <li>• Involucrar a la comunidad en la gobernanza y la evaluación de desempeño de las RISS</li> <li>• Realizar encuestas de satisfacción de los usuarios sobre los servicios de salud</li> </ul>
Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulación e implementación conjunta de políticas públicas entre los diferentes sectores</li> <li>• Marco jurídico apropiado para la acción intersectorial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar programas de acción conjunta intersectorial</li> <li>• Financiar esquemas de prestación de servicios de salud/sociales integrados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar acciones de salud a nivel del hogar, la comunidad, las escuelas y los lugares de trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear equipos de asistencia social</li> </ul>

Fuente: OPS, 2010

## ANEXO 9: ELEMENTOS EVALUADOS POR LA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN DE LA OPS

AMBITO 2	CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
	1	2	3	4
<b>ATRIBUTO 7</b>				
7. Un sistema de gobernanza único para toda la red.	La red posee un organo de gobernanza constituido por representantes de la comunidad y de las unidades operativas	El organo de gobernanza ha establecido los fines, vision, mision y objetivos estrategicos de la red	El organo de gobernanza supervisa la estructura de gestion de la red; asegura el desempeño optimo de la red; normaliza las funciones clinicas y administrativas; asegura la financiacion adecuada, etc.	El organo de gobernanza garantiza la rendicion de cuentas de la red. Existe ademas, un Cuadro de Mando Integral para el organismo de gobernanza de la RISS.
<b>TOTAL ATRIBUTO 7</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>ATRIBUTO 8</b>				
8. Participación social amplia	Organizaciones y agentes comunitarios, entidades locales y ciudadanía participan junto a las instituciones sanitarias en el desarrollo de acciones de salud	Existen mecanismos normados de planificación de las acciones de salud con plena participación de la comunidad y las organizaciones de usuarios.	Los equipos de salud promueven la participación de la comunidad en campañas y movilizaciones en pro de la salud y la solución de problemas generados por las determinantes sociales.	Las instancias organizacionales y agentes comunitarios participan activamente de los mecanismos de monitoreo y evaluación de los servicios de salud.
<b>TOTAL ATRIBUTO 8</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>ATRIBUTO 9</b>				
9. Atención intersectorial y abordaje de los determinantes de salud y la equidad en salud.	Se han establecido circuitos de conexión a programas y recursos comunitarios para responder a las necesidades de salud de la población.	Existen mecanismos normados de planificación de las acciones de salud con plena colaboración intersectorial.	Los equipos de salud promueven y coordinan la participación de las instancias intersectoriales y otros actores sociales en acciones en pro de la salud y de abordaje de las determinantes de salud.	Las instancias intersectoriales y los actores sociales participan activamente de los mecanismos de monitoreo y evaluación de los servicios de salud.
<b>TOTAL ATRIBUTO 9</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL AMBITO 2</b>	<b>3</b>			

Fuente: OPS, 2017