



## [Aplicación del enfoque de Ventajas en Recursos al estudio de los Sistemas de Control de Gestión Inter-organizativo en el Sector Público de Salud Chileno: El caso de la Región de Ñuble en Chile.]

### **Autores y e-mail de todos ellos:**

1. Carolina Leyton Pavez, [cleyton@ubiobio.cl](mailto:cleyton@ubiobio.cl)
2. Arturo Z. Vasquez-Párraga, [arturo.vasquez@utrgv.edu](mailto:arturo.vasquez@utrgv.edu)
3. Joan-Carles GilMartin, [joan.carles.gil@upc.edu](mailto:joan.carles.gil@upc.edu)

### **Departamento:**

1. Gestión Empresarial, Facultad de Ciencias Empresariales
2. Marketing, Facultad de Administración y Emprendimiento
3. Organización de Empresas

### **Universidad:**

1. Universidad del Bio Bio, Chillán, Chile
2. University of Texas Rio Grande Valley, Texas, Estados Unidos.
3. Universidad Politécnica de Cataluña, Barcelona, España

**Área Temática:** 6. Emprendimiento y dinámica empresarial; 16. Sector público y financiación autonómica.

### **RESUMEN:** (*máximo 300 palabras*)

Un factor importante de cohesión territorial es la prestación eficiente de servicios sanitarios a su población. Para conseguir una gestión eficiente de las redes que suministran dichos servicios se requiere de un Sistema de Control de Gestión Inter-organizativo que facilite la cooperación y coordinación entre las organizaciones, donde uno de los mecanismos clave es la obtención y el uso de los recursos en forma compartida.



El presente estudio realiza un análisis de la relación entre los instrumentos del Sistema de Control de Gestión intra-organizativo, con el funcionamiento de las relaciones inter-organizativas y cómo se convierte en un mecanismo que favorece el desarrollo de capacidades (como un recurso) en la Red Asistencial Pública de la Región de Ñuble de Chile.

La metodología es predominantemente cualitativa y se basa en dos tipos de datos, datos secundarios y datos primarios. Los primeros corresponden a los datos disponibles y oficiales del Servicio de Salud de Ñuble, y los segundos, a datos obtenidos mediante el desarrollo de entrevistas, aplicadas a una selección de directivos de primer nivel de las organizaciones del sector público de salud de la Región de Ñuble en Chile. Las entrevistas permitieron obtener información sobre el diseño y el uso de los métodos que utiliza el Sistema de Control de Gestión. También se analizó la cooperación y coordinación que se busca en las relaciones inter-organizativas, y el desarrollo de las capacidades correspondientes. De esta forma, se pudo constatar que existe una relación positiva entre el diseño del Sistema de Control de Gestión intra-organizativo y el funcionamiento de las relaciones inter-organizativas en el sector público de salud chileno, a más de la cooperación, la coordinación y el desarrollo de capacidades.

**Palabras Clave:** Control de Gestión; Relaciones Inter-organizativas; Relaciones Intra-organizativas; Recursos y Capacidades.

**Clasificación JEL:** M1 - Administración de Empresas, I1 - Salud.

## **INTRODUCCIÓN**

Existe un consenso generalizado en considerar el conocimiento como una de las principales riquezas culturales de un país y su valor se multiplica cuando es compartido. Las organizaciones que conforman una red para compartir sus conocimientos respectivos, persiguen este objetivo que les proporciona ventajas competitivas, al tiempo que aumentan el valor añadido que revierten hacia la sociedad. Todo ello favorece el aprendizaje organizacional y el desarrollo de capacidades.

Según el Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile, la Ley 19.9371 sobre Autoridad Sanitaria establece grandes exigencias al sector salud para asegurar una atención oportuna y de calidad a usuarios cada vez más demandantes y conscientes de sus derechos, lo que presiona a los establecimientos sanitarios a mejorar sus estándares de atención y a utilizar sus recursos, siempre limitados, con la mayor eficiencia posible. (Brignall S, Modell 2000). Este hecho reviste especial relevancia para los directivos y responsables de los centros de salud públicos pues también tienen el desafío, según Sachs (2003) de reducir los costos y controlar los gastos para ajustarse a determinados presupuestos del Estado y responder al control social. Por lo anterior se ven en la necesidad de incorporar nuevas técnicas de gestión que les permitan mejorar tanto la administración como el nivel del servicio brindado, en beneficio de los usuarios y la comunidad.

El objetivo del presente estudio es analizar un modelo teórico, bajo el marco de la Teoría de Ventaja en Recursos, para lo cual se analiza la relación entre el diseño y el uso del Sistema de Control de Gestión (SCG) y el funcionamiento de las relaciones inter-organizativas en la Red Asistencial Pública de la Región de Ñuble de Chile.

## **MARCO TEÓRICO**

Este estudio se basa en el diseño y uso del SCG, como herramienta que facilita el funcionamiento de una red (Gómez *et al.*, 2010), en donde los socios buscan recursos, que ellos no pueden alcanzar de manera individual. El diseño y uso del SCG también juega un papel importante en la cooperación, coordinación y articulación de las

unidades que son parte de la red (Chenhall y Morris, 1986). Barney (1991) señala que el SCG conlleva el potencial de ventajas competitivas, lo cual favorece el aprendizaje organizacional y el desarrollo de capacidades en la organización. A continuación, se ahonda en cada uno de los puntos señalados.

**Las Relaciones Inter-organizativas:** en la sociedad actual, ellas son una consecuencia de los cambios producidos en los entornos, cada vez más complejos, competitivos, dinámicos y cambiantes. Estos cambios han provocado que las organizaciones no puedan alcanzar por sí solas los recursos necesarios (Das y Teng, 2000), por lo que requieren del concurso de otras organizaciones. Para Gómez, Naranjo y Álvarez (2010), estas relaciones suponen la aparición de un nuevo híbrido, con una nueva unidad de decisión (Boland *et al*, 2008), donde existe el riesgo de conflicto entre los objetivos individuales y los objetivos de la red, lo que implica que las organizaciones deben estar dispuestas a cooperar y coordinarse. Si sólo dos organizaciones se unieren, ello no garantiza que se alcancen los objetivos y que se cree el valor que las organizaciones esperan (Dekker, 2004). Por esta razón, el soporte que da el SCG a la cooperación y coordinación de las redes se convierte en algo crucial.

**La Teoría de la Ventaja en Recursos:** Hunt (1999) plantea que toda organización necesita de recursos tangibles e intangibles que le permitan producir eficiente y/o efectivamente una oferta que tenga valor para algunos segmentos. Las organizaciones deben contar con recursos que aseguren ventajas competitivas en la producción eficiente y efectiva de una oferta que tenga valor para determinados segmentos. El valor se refiere a la suma total de todos los beneficios que los demandantes perciben que recibirán si aceptan la oferta de mercado de la organización. Un valor superior es asignando a lo que se percibe que vale más.

**Los Sistemas de Control de Gestión** se utilizan para incrementar la probabilidad de que la organización alcance los objetivos fijados (Merchant, 1997). Estudios como los de Chenhall y Morris (1986) se centran en el diseño de los SCG, sus características y funciones. Por otra parte, estudios como el de Naranjo-Gil y Hartmann (2007) plantean que el uso del SVG también produce diferentes resultados. Ello ha llevado que en los

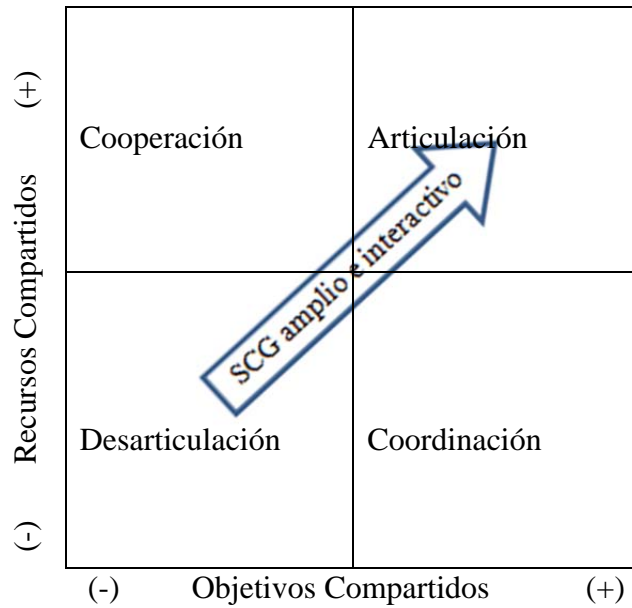
últimos años las investigaciones se hayan enfocado en analizar el uso del SCG en las relaciones inter-organizativas.

Las relaciones inter-organizativas requieren de un intercambio de información amplio y flexible, donde se comparta conocimiento y experiencia. Vosselman y Van der Meer-Kooistra (2009) destacan que existe dos tipos de SCG, el que controla el comportamiento de las partes o unidades implicadas en la relación, y el que favorece la cooperación y la coordinación, buscando la estabilidad y durabilidad de la relación.

Por otra parte, Chenhall y Morris (1986) definen el diseño de los SCG en función de las características de la información que generan, diferenciando entre los de alcance limitado, con un enfoque interno, del pasado y con carácter financiero, y los de alcance amplio, con un enfoque externo, de futuro y con información financiera y no financiera.

El uso del SCG, puede producir resultados diferentes entre las organizaciones. Simons (1995) define dos usos: el uso diagnóstico, que representa el uso tradicional y se centra en analizar desviaciones y errores mediante el monitoreo y control de los objetivos de la organización, y el uso interactivo, que potencia que los subordinados participen activamente en la monitorización e intervención de las decisiones, facilitando a los directivos información que les permite debatir, decidir y realizar cambios sobre los objetivos de la organización. El uso interactivo permite el intercambio de información en red en un doble sentido (de arriba-abajo, y de abajo-arriba), estimulando el aprendizaje en la organización respecto de las incertidumbres del entorno. El uso interactivo activa el aprendizaje organizativo mediante el debate y el diálogo (Gómez, Naranjo y Álvarez, 2010),

Figura 1 Relaciones Inter-Organizativas



Para ilustrar el análisis anterior, la Figura 1 plantea un modelo teórico que relaciona la cooperación a través de los “recursos compartidos” entre los socios de la red y la coordinación, para la cual se requiere de “objetivos compartidos”, permitiendo alinear los objetivos individuales con los de la red, pasando de un nivel de desarticulación -con bajo nivel de recursos y objetivos compartidos-, a una articulación de la red -con alto nivel de recursos y objetivos compartidos-, lo cual se logra mediante un diseño amplio y uso interactivo de los SCG en las relaciones inter-organizativas.

**La cooperación y coordinación:** Uno de los aprendizajes importantes del ser humano es el aprender a trabajar con otros. Con el crecimiento exponencial de la información, el conocimiento se vuelve obsoleto a gran velocidad. Por otra parte, hay una relación entre la capacidad de innovar y la cantidad de personas que está interconectada, para lo cual se requiere de cooperación y coordinación. A esto se agrega la tendencia en el mundo actual hacia la innovación abierta, consecuencia de la mayor participación de las personas en este proceso (Ramírez-Alujas, 2012).

Utilizando los planteamientos de Mintzberg (2012) y para efectos del presente estudio se ahonda un poco más sobre lo que significa cooperación y coordinación.

La **cooperación** es el proceso de trabajar juntos. En su forma más sencilla, significa que se trabaje conjuntamente y en armonía. Es la alternativa a trabajar separadamente y en competencia. Se hace en aras de la “eficiencia”, lo que significa "hacer las cosas de manera correcta" por razones de economía de costos o de tiempo. Ambas partes tienen necesidad de “compartir recursos” similares o de otra índole y que encuentran un beneficio al compartirlos. Pero lo que es crítico entender: se tienen objetivos diferentes. Normalmente este proceso es temporal hasta que los objetivos de cada parte se han cumplido. Para que haya cooperación se necesita que exista la confianza mínima de que la contraparte va a cumplir con su parte del trato y va a invertir los recursos acordados. Además se requiere:

- Obrar individualmente dentro de una estructura conjunta.
- Realizar actividades conjuntas, aprendiendo unos con otros, intercambiando conocimiento y generando experiencias bajo un orden jerarquizado.
- Una estructura organizada que sea responsable de esa cooperación.
- Un control y una autoridad responsable que establece una repartición de tareas.

La **coordinación** es el resultado de un proceso interactivo que con la unión o la combinación de distintos elementos con cierta libertad, tiene “objetivos compartidos”, por ejemplo, una actividad intelectual que es creativa por naturaleza y lo hacen compartiendo conocimiento, aprendizaje y construcción de consensos. Aquí cada parte aporta recursos suficientes y diferentes para lograr un objetivo común. Se busca que haya complementariedad de competencias. Estos procesos están asociados a la “efectividad”, para lograr resultados de mayor valor agregado que el que se lograría por separado. En estos casos, hay mayor relación de dependencia.

La confianza de que existe el compromiso hacia los objetivos comunes debe ser real. La razón: no es posible lograr de manera individual el objetivo. La expectativa es que los resultados se compartirán de manera justa entre las partes y de acuerdo con lo acordado. El incumplimiento tiene un costo muy alto: la imposibilidad de lograr el propósito común. A esto se añade la necesidad de interacción, la cual requiere:

- Trabajar conjuntamente con un objetivo final.
- Relacionarse y complementarse, donde se establecen roles con el objetivo de producir algo que nunca podrían haber realizado solos.

- Compartir el conocimiento o la experiencia individual, donde la responsabilidad se encuentra definida en cada una de las actuaciones.
- Un consenso para encontrar acuerdos mediante la aportación de experiencias y conocimientos.

### **Servicio de Salud Ñuble**

Existe un solo Servicio de Salud en la Región de Ñuble en Chile. Este servicio actúa como un organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus objetivos. Al Servicio le corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial de Ñuble, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

Al director del Servicio le corresponde la organización, planificación, coordinación, evaluación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial de Ñuble, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del MINSAL.

La Red Asistencial de la Región de Ñuble está conformada por un conjunto de 99 establecimientos públicos de la Región de Ñuble (7 Hospitales, 1 Servicio de Urgencia de Alta Resolución (SAR), 29 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 8 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y 54 postas rurales), y los demás establecimientos públicos o privados de país con los que se mantengan convenios. Y a la vez debe colaborar y complementarse con la de los otros Servicios e instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.



## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Este es un estudio descriptivo y cualitativo, con un diseño no experimental de corte transversal, llevado a cabo durante los años 2010 al 2015. La población objeto de estudio es el Servicio de Salud de la Región de Ñuble en Chile, también denominado Red Asistencial Pública de Ñuble.

Se utiliza el método empírico-analítico que se basa en dos tipos de datos, los datos obtenidos desde el Subdepartamento de Bioestadística e Información en Salud de la Dirección del Servicio de Salud Ñuble, Región de Ñuble en Chile, y los obtenidos mediante el desarrollo de entrevistas realizadas a una selección de directivos de primer nivel del servicio de salud, información sobre el diseño y uso que realizan de sus Sistemas de Control de Gestión para el análisis de los datos basado en el planteamiento del modelo teórico.

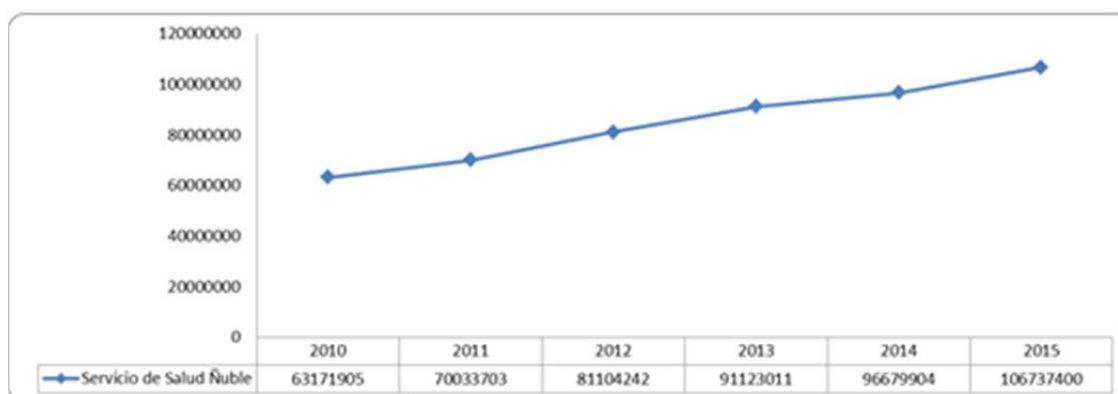
## **RESULTADOS**

**Análisis cuantitativo:** Los datos se analizaron considerando el presupuesto asignado, la producción del Servicio de Salud Ñuble y los principales indicadores sanitarios básicos de la Región de Ñuble para el periodo 2005 al 2010.

### **Presupuesto Servicio de Salud Ñuble**

Con el objetivo de mejorar la respuesta a las necesidades de salud de la población y acorde a la expansión permanente del gasto social durante los últimos años, el presupuesto del Servicio de Salud de Ñuble refleja un crecimiento sostenido, y en el periodo 2005 y 2010 el presupuesto de apertura se incrementó en un 69% como lo muestra la Figura 2.

Figura 2. Presupuesto Anual Servicio de Salud Ñuble, periodo 2010 al 2015



Fuente: Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda

### **Producción o Actividades Asistenciales:**

La Tabla 1 considera las principales actividades productivas del Servicio de Salud Ñuble, entre ellas se encuentra: Consultas Médicas de Atención Primaria (APS), Consultas Médicas de Urgencia, Consultas Médicas en Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Consultas Médicas en CECOSF, Consultas Médicas de Especialidades, Consultas Odontológicas (Incluye Urgencias), Actividades Odontológicas (Ej. Promoción), Intervenciones Quirúrgicas, Exámenes de Laboratorio e Exámenes de Imagenología.

Tabla 1. Producción Servicio de Salud Ñuble, periodo 2010-2015

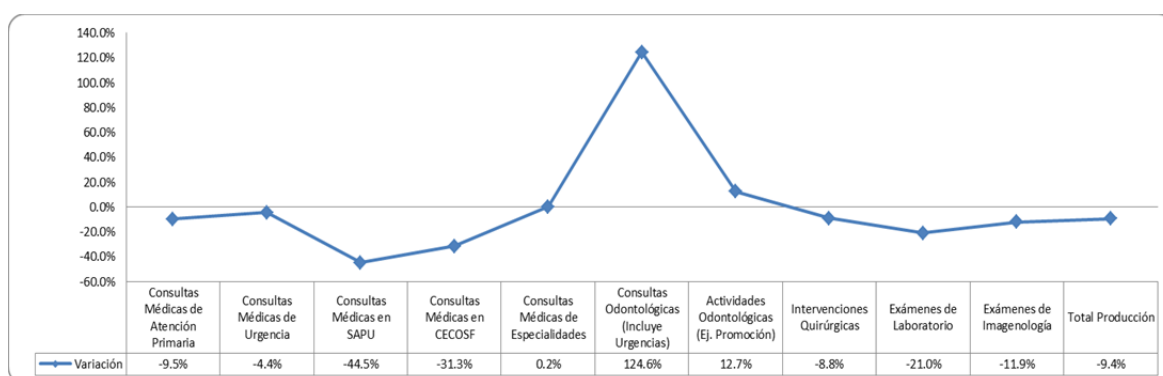
	<b>Actividades</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Variación</b>
1	Consultas Médicas de APS	541,027	549,596	533,300	520,115	505,058	489,829	<b>-9.5%</b>
2	Consultas Médicas de Urgencia	542,372	565,683	584,058	560,783	599,327	518,292	<b>-4.4%</b>
3	Consultas Médicas en SAPU	190,742	193,630	204,182	179,893	146,311	105,939	<b>-44.5%</b>
4	Consultas Médicas en CECOSF	24,382	25,136	19,737	14,797	15,842	16,751	<b>-31.3%</b>
5	Consultas Médicas de Especialidades	199,158	187,803	182,538	182,254	185,880	199,545	<b>0.2%</b>
6	Consultas Odontológicas	170,320	399,508	431,229	429,884	402,353	382,561	<b>124.6%</b>
7	Actividades Odontológicas	570,225	669,348	652,119	634,607	630,964	642,424	<b>12.7%</b>
8	Intervenciones Quirúrgicas	33,825	27,703	36,585	37,365	30,095	30,853	<b>-8.8%</b>
9	Exámenes de Laboratorio	2,795,664	3,030,911	3,155,595	2,450,276	2,146,301	2,209,581	<b>-21.0%</b>
10	Exámenes de Imagenología	182,575	194,179	185,524	175,907	181,658	160,841	<b>-11.9%</b>
	<b>Total Producción</b>	<b>5,250,290</b>	<b>5,843,497</b>	<b>5,984,867</b>	<b>5,185,881</b>	<b>4,843,789</b>	<b>4,756,616</b>	<b>-9.4%</b>

Fuente: Subdepartamento de Bioestadística e Información de Salud – Servicio de Salud Ñuble

La Tabla 1 muestra una variación real de -9,4% de la producción durante el periodo 2010-2015, lo que a primera vista pudiera representar un problema de gestión. Sin embargo las cifras representan un cambio en las prioridades de atención, debido a los cambios en los tipos de demanda, bajando en aquellas actividades de baja complejidad hacia las de mayor complejidad, vinculadas en parte a los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico y también al desarrollo y cambios en la medicina y tecnología disponible. Por ejemplo: la disminución de las “Consultas Médicas de APS”, “Consultas Médicas en SAPU” y “Consultas Médicas en CECOSF”, se relacionan con un aumento de consultas de “Matronas/os”, “Enfermeras/os” y “Psicóloga/o”, priorizando las atención médicas para aquellos usuarios que realmente así lo requieren,

reorganizando las listas de espera. Por otra parte la disminución de las “Consultas Médicas de Urgencia”, se debe al cambio de estrategia del Servicio de Salud, aumentando la educación y promoción para el mejor uso de este servicio, ya sea clasificando a los usuarios previa atención, para dar mayor oportunidad a aquellas atenciones que realmente se clasifican de urgentes, lo que permite finalmente un mejor uso de los recursos.

Figura 3. Variación Porcentual de la Producción del Servicio de Salud Ñuble, periodo 2010 al 2015



La Figura 3 muestra la variación neta de la producción del 2010 al 2015, destacando el aumento de las “Consultas Odontológicas”, lo que también responde a un cambio de estrategia del Servicio de Salud Ñuble en respuesta a una política nacional, incorporar las atenciones de Urgencia, que presentaban una alta demanda sin respuesta en la región.

### Indicadores Sanitarios Región de Ñuble:

La Tabla 2 muestra los principales cinco de indicadores sanitarios durante el periodo 2010 al 2015, los que consisten en:

- **Mortalidad General:** Número de muertes ocurridas en un territorio por cada mil habitantes del mismo, en un período dado.
- **Mortalidad Infantil:** Número de defunciones de menores de un año en un territorio por cada mil nacidos vivos de madres residentes en el mismo, para un período dado.
- **Tasa de Natalidad:** Número de nacidos vivos ocurridos en un territorio por cada mil habitantes del mismo, en un período dado.

- **Egreso Hospitalario:** Es la salida formal de un usuario que ocupó una cama hospitalaria, donde estuvo con fines de observación, de cuidados, de diagnóstico o de tratamiento. El egreso puede producirse por alta o por fallecimiento.

Tabla 2. Indicadores Sanitarios Región de Ñuble, periodo 2010 al 2015

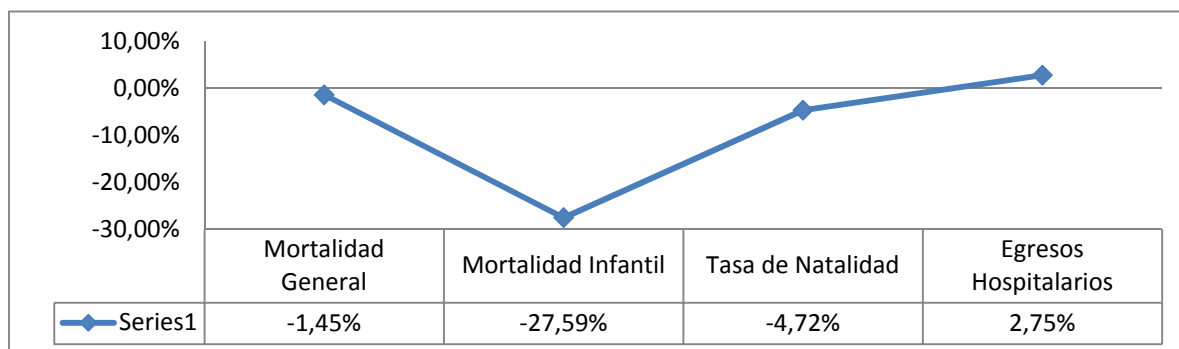
	<b>Resultados Sanitarios</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Variación</b>
1	Mortalidad General	6.9	6.6	6.8	6.8	7.0	6.8	-1.4%
2	Mortalidad Infantil	8.7	5.5	7.9	7.0	6.3	6.3	-27.6%
3	Tasa de Natalidad	12.7	12.2	11.7	11.7	12.2	12.1	-4.7%
4	Egresos Hospitalarios	33.967	34.747	34.481	34.292	34.870	34.900	2.7%

Fuente: Subdepartamento de Bioestadística e Información de Salud – Servicio de Salud Ñuble

Los principales indicadores básicos de salud presentan una tendencia favorable para la salud de la población, ya que la Mortalidad General disminuyó en un 1,4%, la mortalidad infantil un 27,6% y los egresos hospitalarios aumentaron un 2,7%, solo la tasa de natalidad disminuyó en un -4,7%, lo que representan una tendencia de envejecimiento general de la población de país.

La Figura 4 muestra la variación porcentual neta, donde la mortalidad infantil destaca por su más alta disminución, lo que sin duda es un logro de alta relevancia para la salud de la población. Lo que da cuenta de los resultados a los cambios de estrategia del Servicio de Salud para dar una mejor respuesta a su población.

Figura 4. Variación Porcentual Indicadores Sanitarios Región de Ñuble, periodo 2010 al 2015



Fuente: Elaboración propia

Para el **análisis cualitativo**, se examinaron las respuestas de las entrevistas realizadas a la selección de directivos del Servicio de Salud de Ñuble, la cual buscaba información sobre el diseño y uso que realizan de su SCG para el análisis de los datos cuantitativos, basado en el planteamiento del modelo teórico, quienes indicaron que desde la instalación de la Reforma en Salud y la implementación del nuevo modelo de Gestión en Red, el SCG está compuesto por los siguientes instrumentos:

**1. Reuniones de Coordinación:** Con los equipos directivos de los establecimientos de la Red Asistencial (Dirección de Servicio, Hospitales Autogestionados, Comunitarios de Salud Familiar y Establecimientos de Atención Primaria), en las cuales se evalúa principalmente:

- La implementación de sistemas o mecanismos de gestión y desarrollo.
- La planificación y control de la gestión de administración, de personal, de atención y apoyo al usuario, financiero–contable, de auditoría interna, etc.
- La mantención del equilibrio presupuestario y financiero, definido como la igualdad entre los ingresos y los gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas.
- La articulación adecuada dentro de la Red Asistencial, el cumplimiento de las metas de registro y reducción de listas de espera.
- El nivel de cumplimiento de las metas con relación a la satisfacción de los usuarios

**2. Elaboración de Protocolos de Atención:** Los equipos de salud de la Red Asistencial se reúnen periódicamente para elaborar y revisar las guías de atención, guías de práctica clínica y protocolos de atención, los que son instrumentos para mejorar la calidad de la atención de los usuarios, ya que permite estandarizar los criterios de evaluación, y asegurar intervenciones efectivas, basadas en evidencia científica.

**3. Talleres Regionales.** Se realizan por especialidad anualmente como retroalimentación de la práctica clínica regional y para replicar la información o los lineamientos de los talleres nacionales. También es utilizado para compartir las buenas prácticas y lograr intercambio de ideas o estrategias de intervención.

**4. Acompañamiento entre pares:** se abre un espacio para compartir los resultados de las prácticas clínicas y de gestión en la Red Asistencial, lo que permite mejorar el trabajo conjunto (generalmente mediante comisiones). Se privilegia el acompañamiento en terreno con levantamiento de procesos críticos, más planes de intervención desde los propios gestores y asesorados por instituciones con mayor experiencia.

**5. Capacitación en procesos claves y/o deficitarios.** Primero es necesario identificar las brechas de capacitación en la Red Asistencial, luego definir participativamente los términos de referencias, licitar u ofrecer la capacitación con diversos actores relevantes, preferentemente universitarios, donde los equipos de salud logran adquirir las herramientas necesarias para implementar los cambios de estrategias del sector. Estas capacitaciones hoy están siendo evaluadas para conocer el nivel de impacto que producen en la gestión de la Red Asistencial.

**6. Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE).** Se dispone de un sistema de información integral y uniforme, para dar transparencia a la gestión financiera pública. Y con ello descentralizar la gestión puesto que genera información contable para la toma de decisiones presupuestarias, registra obligaciones devengadas y no pagadas (deuda flotante) y compromisos futuros (pasivos potenciales). Lo que a la vez potencia la auditabilidad del ámbito financiero.

**7. Planificación Estratégica:** Se desarrolla en forma participativa, a partir de un diagnóstico compartido que reconoce oportunidades y áreas de mejora con miras a fortalecer el alineamiento de la Red Asistencial, así como focalizar las prioridades en función de su impacto en la generación de valor para los usuarios.

El plan está orientado por el enfoque de **Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)** para contribuir a entregar prestaciones más accesibles, equitativas, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan las expectativas ciudadanas.

**8. WINSIG para control de costos.** Se ha implementado en los hospitales de mayor complejidad de la Red Asistencial la versión para Windows del Sistema de Información Gerencial (SIG) desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para

conocer los costos medios y tomar decisiones con evidencia. Relaciona la Producción, la Eficiencia, los Recursos y los Costos (PERC). Genera una base de datos homogénea, para estudiar los costos nacionales comparados.

**9. Sistema de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).** Se ha implementado el sistema de clasificación clínica de episodios de hospitalización en que los usuarios se distribuyen en grupos de procesos o de usuarios similares, y en los que se espera un uso similar de recursos. Sirve como modelo para evaluar y darle seguimiento al desempeño de la gestión clínica hospitalaria y desarrollar bases de datos nacionales para que los hospitales puedan compararse. Incorpora un estimador de costo para cada tipo de proceso y es uno de los sistemas más utilizados para obtener la complejidad media de los pacientes atendidos y para el nivel de consumo de recursos atribuible a cada tipología o grupo de usuarios.

**10. Cuadro de Mando Integral (CMI):** Desde el año 2010 se implementó un CMI con 48 indicadores de gestión en los hospitales de mayor complejidad de la Red Asistencial elaborado por el Departamento de Desarrollo Estratégico del Gabinete, y el Departamento de Autogestión en Red, y fue ajustado por la Unidad de Autogestión Hospitalaria, pertenecientes a la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes del MINSAL, con el aporte de todas las direcciones de servicios de salud del país (Huerta, Paúl, Leyton, 2013).

**11. Compromisos de Gestión:** Son herramientas e instrumentos que otorgan una visión objetiva respecto de la gestión en salud, también le facilitan a la ciudadanía conocer y evaluar la gestión de los directivos públicos.

Estos compromisos permiten evaluar el cumplimiento de las metas de la Red Asistencial, y responde a la medición de los resultados de avance y finales para el logro de los objetivos estratégicos planteados en el período, los que implican la observación, análisis y corrección de los diversos recursos. Estos acuerdos permiten que los recursos públicos maximicen su rentabilidad social y en definitiva se logre que la población reciba una mejor calidad de vida en el ámbito sanitario.



**12. Indicadores de Actividad de Atención Primaria en Salud (IAAPS):** El cumplimiento de los indicadores está ligado a objetivos sanitarios esenciales que son de amplia cobertura, como mantener un porcentaje mínimo de las personas con diabetes tipo 2 o con hipertensión bajo control, asegurar un temprano control del embarazo o exámenes de salud preventiva.

La evaluación de este cumplimiento se realiza cada tres meses. Para aquellos establecimientos de la Red Asistencial que no alcancen lo comprometido, se estipula un mecanismo de rebaja de su asignación per cápita, a fin de reinvertir en el próximo período en el cumplimiento de las metas

**13. Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Gestión:** las metas sanitarias y las de mejoramiento de la atención, son establecidas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales del MINSAL, las que posteriormente son remitidas a las redes asistenciales. Para estos efectos, se debe considerar las áreas prioritarias de mejoramiento de la gestión y los objetivos globales o compromisos que deberán cumplirse durante el año siguiente. Se determina las metas específicas y los indicadores de actividad que permitirán la medición de las metas alcanzadas, las que son medidas a través de indicadores de actividad, están relacionadas con la eficacia, eficiencia, economía y calidad del servicio.

**14. Fondo Nacional de Salud (FONASA):** Debe recaudar, administrar y distribuir recursos para financiar las prestaciones otorgadas a los beneficiarios, financiar la adquisición de equipos e infraestructura, celebrar convenios para la prestación de servicios, velar por la correspondencia entre prestaciones y gasto, por el cumplimiento de las garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, colaborar en la consolidación financiera de las redes asistenciales, conocer y resolver los reclamos de los beneficiarios y tratar datos protegiendo la salud de la población.

**15. Central Nacional de Abastecimientos (CENABAST):** Analiza, adquiere y provee de medicamentos, instrumental y demás elementos o insumos que puedan requerir los organismos, entidades, establecimientos y personas integrantes o adscritas al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

**16. Cuentas Públicas Participativas:** Son espacios de diálogo abierto entre la autoridad pública y los representantes de la sociedad civil y la ciudadanía en general, permiten a la autoridad pública rendir cuenta anual de la gestión de políticas públicas, y a los ciudadanos ejercer control social sobre los diferentes órganos del estado.

- Es un ejercicio anual de rendición de cuentas de los órganos del Estado, que comprende el período de gestión del año anterior.
- Se constituye como espacio de conversación y diálogo deliberativo aunque no resolutivo, entre la autoridad y representantes de la sociedad civil respecto del desempeño y las acciones pasadas y futuras del órgano público.
- Es un ejercicio de rendición de cuentas que permite la evaluación, balance de la gestión del año anterior, los resultados de las instituciones públicas y proyecciones y las líneas de acción futura.

Los objetivos de las Cuentas Públicas Participativas son:

- Informar a la ciudadanía sobre el desempeño de la gestión desarrollada de las instituciones públicas, evaluando sus avances, dificultades y resultados sobre las acciones realizadas y sobre las acciones que se proyectan realizar.
- Explicar y justificar a la ciudadanía las decisiones tomadas por la institución pública sobre aspectos relevantes de la gestión de esta.
- Recoger opiniones e inquietudes de las personas que participen en la cuenta pública participativa, dando respuesta a los planteamientos recogidos durante el proceso.

**17. Consejo Técnico:** Es un asesor, colaborador en gestión y facilitador de las coordinaciones internas. Constituido por representantes de las Jefaturas de los establecimientos de la Red Asistencial, tiene un número de integrantes que permite un trabajo eficiente, sesiona a lo menos cada tres meses y lleva actas de las reuniones y acuerdos tomados.

**18. Consejos Consultivos:** Los consejos consultivos están integrados por representantes de organizaciones sociales, tanto de la comunidad externa como interna. En estas reuniones se analizan las diferentes políticas y programas de salud implementadas en los establecimientos de la Red Asistencial, además de compartir

experiencias entre las distintas instituciones con lo que se apunta al mejorar la calidad y el nivel de vida de los usuarios; y a mantener una comunicación permanente sobre la gestión del principal centro asistencial de Ñuble.

**19. Consejos de la Sociedad Civil:** Son un mecanismo de participación ciudadana en que se vincula a los órganos de la administración del Estado con representantes de la sociedad civil organizada. Entre sus objetivos se encuentra acompañar a la máxima autoridad de cada ministerio o servicio público en los procesos de toma de decisiones en políticas públicas. Está integrado por consejeros electos que representan a usuarios de organizaciones vinculadas al sector salud y correspondientes al territorio de la Red Asistencial.

**20. Consejo Integrado de la Red Asistencial (CIRA):** es un consejo asesor de la del Servicio de Salud Ñuble para articular la Red Asistencial de la provincia en forma eficiente y eficaz; proponer políticas que contribuyan a mejorar la calidad de la atención en salud y también proponer iniciativas para disminuir las brechas de atención.

Está integrado por 14 Consejeros Comunitarios, elegidos por votación entre representantes de los Consejos de Desarrollo y Consejos Consultivos de los centros de salud; por 15 Consejeros Sectoriales, los que corresponden a jefes de salud municipal, directores de centros de salud familiar y hospitales. Los consejeros, comunitarios y sectoriales, representan a las microrredes de salud. Además, lo integran 11 directivos del Servicio de Salud Ñuble, encabezados por el Director. Y le corresponde:

- Proponer iniciativas que contribuyan a disminuir las brechas de atención de los usuarios, proponer políticas de salud que contribuyan a mejorar la calidad y oportunidad de las acciones de salud de la población.
- También asesora al Director del Servicio en relación a los mecanismos de referencia, derivación y contra derivación de los usuarios del sistema, tanto dentro como fuera de la Red Asistencial.

**21. Diálogos Ciudadanos** A través de estos espacios de encuentro entre las autoridades de gobierno y representantes de la sociedad civil, es posible recibir los comentarios y observaciones ciudadanas en forma directa y presencial, lo cual permitirá formular e

implementar de mejor manera las políticas, programas y proyectos que el gobierno pone a disposición de la ciudadanía. De esta manera, los ciudadanos se convierten en actores sociales activos, que conocen plenamente el ejercicio de sus derechos y obligaciones. Resulta fundamental fortalecer y consolidar el desarrollo de estas acciones, ya que su óptima ejecución contribuirá a contar con actores sociales informados y con autoridades que conocen las demandas de los ciudadanos, lo cual facilitará orientar la toma de decisiones en función de las necesidades de la ciudadanía.

**22. Presupuestos Participativos en Salud:** Son una herramienta de participación y gestión, mediante la cual la ciudadanía puede proponer y decidir sobre el destino de parte de los recursos de salud. Es por lo tanto, un mecanismo orientado a promover una mayor incidencia de los ciudadanos y organizaciones comunitarias en los procesos de planificación, ejecución y evaluación de las actividades de planificación que se orientan a mejorar la calidad de vida de la población beneficiaria de la Red Asistencial.

**23. Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS):** Informarse, reclamar y sugerir son derechos ciudadanos que todos pueden ejercer cuando se acude a un servicio público. Por ello, en todos hospitales y centros de salud familiar de la Red Asistencial existen estas oficinas. Donde las personas pueden acceder a la información sobre el funcionamiento y servicios otorgados por el sistema de salud público facilitando el ejercicio de sus derechos o el cumplimiento de sus deberes.

**24. Acceso a la Información Pública** Las solicitudes de información deben realizarse directamente al organismo del cual se requiere la información, para ello existen los medios electrónicos y materiales, ya sea completando un formulario o carta y enviándola al organismo o dirigiéndose a la OIRS u oficina de partes de cada establecimiento de la red para dar cumplimiento a la Ley de Transparencia. Esta instancia permite reforzar el control social que puede ejercer la ciudadanía.

Finalmente, de acuerdo con el análisis de los 24 instrumentos e instrumentos anteriores que confirman el SCG de la Red Asistencial de Ñuble, se ha conseguido demostrar que a través de la cooperación “recursos compartidos” y la coordinación “objetivos compartidos” de la Red Asistencial, se ha pasado de un nivel de desarticulación -con

bajo nivel de recursos y objetivos compartidos-, hacia una articulación de la red -con alto nivel de recursos y objetivos compartidos-, lo que se obtuvo mediante un diseño amplio y uso interactivo de los 24 instrumentos e instrumentos del SCG en las relaciones inter-organizativas. Logrando mejorar los indicadores sanitarios, con un mejor uso de sus recursos de la Red Asistencial.

## **CONCLUSIONES**

Es evidente que durante estos años se ha incrementado el gasto (y presupuesto) en salud. Las razones están vinculadas en parte a los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico y también al desarrollo y cambios en la medicina y tecnología disponible, pero fundamentalmente se explican porque no ha habido cambios en el modelo de atención de manera de poder influir en forma eficaz sobre la incidencia de enfermedades crónicas, pero, por otro lado, está el incremento de la frecuencia de uso de los servicios de salud y prestaciones médicas al no utilizar soluciones costo efectivas.

Otra razón tiene que ver con los modelos de compra que actualmente se utilizan como es el caso del pago por acto médico que estimula el uso de servicios y el incremento del precio, lo que redundará finalmente en un fuerte incremento de los costos de los servicios de salud.

El análisis de los estudios previos, y los obtenidos mediante el desarrollo de las entrevistas se concluye empíricamente que existe una relación positiva entre el diseño, el uso de los SCG y el funcionamiento de las relaciones inter-organizativas en las Redes de Salud Pública en Chile, lo que a través de la cooperación y coordinación logra articularse ampliando la oportunidad de compartir recursos y objetivos favoreciendo la multiplicación de la riqueza cultural organizativa en beneficio de la comunidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17, 99-120.
- Boland, R., Sharma, A. y Alfonso, P. (2008): Designing management control in hybrid organizations: The role of path creation and morphogenesis. *Accounting, Organizations and Society*, 33, 899-914.
- Brignall S, Modell S. An institutional perspective on performance measurement and management in the new sector public. *Management Accounting Research* 2000;1:281-306.
- Chenhall, R., Morris, D. (1986): The impact of structure, environment and interdependence on the perceived usefulness of management accounting systems. *The Accounting Review*, 61(1), 16-35.
- Das, T. y Teng, B. (2000). A resource-based theory of strategic alliances. *Journal of Management*, 26 (1), 31-61.
- Dekker, H. (2004). Control of inter-organizational relationships: Evidence on appropriation concerns and coordination requirements. *Accounting, Organizations and Society*, 29, 27-49.
- Gómez, R., Naranjo, G. y Álvarez, D. (2010). Los sistemas de control de gestión en relaciones interorganizativas laterales: Una visión de recursos y capacidades. *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión*, VIII (15), 1-18.
- Huerta P, Paúl I, Leyton C. Impacto de indicadores de gestión en salud sobre estrategias de un servicio de salud público. *Rev Salud Publica* [serial on the Internet] 2012;14(2):248-259 [consultado el 6 de julio de 2013]. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642012000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642012000200006&script=sci_arttext)
- Hunt, S. (1999). A General Theory of Competition: Resources, Competences, Productivity, Economic Growth, 135 -155.
- Ley N° 19.937 Autoridad Sanitaria, MINSAL Chile, Publicada en el Diario Oficial de 24.02.04, [consultado el 15 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-553.html>
- Merchant, K. (1997). *Modern management control systems: text and cases*. Prentice Hall. New Jersey.

- Mintzberg, H. (2012). La estructuración de las organizaciones, Ariel
- Naranjo-Gil, D. y Hartmann, F. (2007). Management accounting systems, top management team heterogeneity and strategic change. *Accounting, Organizations and Society*, 32, 735-756.
- Ramírez-Alujas, A (2012). Innovación en las organizaciones y servicios públicos: ¿El eslabón perdido? Bases para la transición hacia un modelo de innovación abierta y colaborativa Estado, Gobierno, Gestión Pública *Revista Chilena de Administración Pública*, 19, 5-50.
- Sachs JD. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. *Rev Panam Salud Publica* 2002;12(2):143-144
- Simons, R. (1995). Levers of control: How managers use innovative control systems to drive strategic renewal. Boston, MA, *Harvard Business School Press*.
- Vosselman, Ed. y Van der Meer-Kooistra, J. (2009). Accounting for control and trust building in interfirm transactional relationships. *Accounting, Organizations and Society*, 34, 267-283.
- Ministerio de Salud (2017). Informe anual del Subdepartamento de Bioestadística e Información en Salud (SBIS). Dirección del Servicio de Salud Ñuble, Región de Ñuble, Chile.
- Ministerio de Hacienda (2017). Ley de Presupuesto 2017, Dirección de Presupuesto, Chile.