

MALA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA: LA REAL “TORMENTA PERFECTA”

- La “tormenta perfecta” que afecta a la salud pública tiene que ver no sólo con la potencial obsolescencia de la modalidad de pago a los hospitales, sino también con problemas de gestión del sistema público.
- El estado del Plan de Inversiones 2014-2018 es preocupante: baja ejecución presupuestaria y retrasos en cerca de un tercio de las camas proyectadas hacen aún más incomprensible la decisión del gobierno de terminar con el modelo de concesiones hospitalarias.
- La trayectoria al alza de las listas de espera muestra que la importante inyección de recursos y esfuerzos en materia de formación de especialistas del gobierno podría resultar (por si sola) infructuosa en atender las necesidades reales del sistema público.

PRINCIPIO LYD:

Eficiencia en el uso de recursos públicos.

Con justa razón, la salud continúa estando, según la opinión pública, dentro de los tres problemas prioritarios que, de acuerdo a la última encuesta CEP de abril pasado, el Gobierno debería dedicar el mayor esfuerzo en solucionar¹. Lamentablemente, en el último período, hay varias señales que dan cuenta de importantes problemas de gestión en la salud pública como un todo. En esta línea, la directora de FONASA recientemente calificó la actual situación de la salud pública como “una tormenta perfecta”, aludiendo a que las necesidades son mayores que los recursos como resultado del envejecimiento de la población, avances tecnológicos y empoderamiento de los usuarios. De hecho, como parte de un programa piloto que busca contener los crecientes costos en la salud pública, FONASA trabaja en un cambio en el modelo de financiamiento de 14 hospitales, a los cuales se les comenzará a pagar a fines de junio según la complejidad de su producción, en vez de sólo el número de atenciones que realiza.

Si bien esto podría contribuir a un mejor financiamiento del sector hospitalario, las cifras evidencian la crisis que afecta a todos quienes se atienden en el sector público (más del 80% de nuestro país). Éstas nos mostrarán que la “tormenta perfecta” que afecta a la salud pública tiene que ver no sólo con la potencial obsolescencia de la modalidad de pago a los hospitales, sino que también con problemas de gestión del sistema público, como la inexistencia de capacidades en el MINSAL para ejecutar una ambiciosa agenda de inversión y la falta de diagnóstico objetivo de la brecha de



especialistas que impiden dar tregua a la creciente lista de espera en patologías GES y no GES.

MALA GESTIÓN DE LA AMBICIOSA CARTERA DE INVERSIONES Y TÉRMINO INEXPLICABLE DE LAS CONCESIONES

En el Plan de Inversiones presentado inicialmente por el gobierno se transparentó la inexplicable renuncia del gobierno a las concesiones hospitalarias, renunciando con ello también a la colaboración público-privada en dicho objetivo (equivalente a más de 1 de cada 4 de las nuevas camas del Plan).

Uno de los ejes más importantes en materia de salud de la administración Bachelet es la millonaria inyección de recursos en materia de inversión. De hecho, la Presidenta comprometió un monto total de inversión en su gobierno de US\$ 4.000 millones para este fin. En esta línea, el Presupuesto 2015 destinó cerca de US\$ 1.000 millones para iniciativas de inversión en salud, un incremento real aproximado de 90% (casi el doble) respecto de lo entregado a este ítem en el Presupuesto 2014.

A inicios de septiembre de 2014, la (en ese entonces) ministra de Salud, Helia Molina, dio a conocer el Plan de Inversiones en Salud 2014-2018, el cual contemplaba la reposición, normalización y construcción de hospitales. Para dicho plan detalló tres etapas distintas de priorización, de 20 hospitales cada una. Según éste, al 2018 20 hospitales estarían construidos, 20 “en construcción” y 20 “en estudio o licitación”.

En su momento, LyD realizó un análisis del cronograma de inversiones entregado en septiembre de 2014, concluyendo que varias de las obras anunciadas correspondían a proyectos de continuidad (programados durante la administración anterior), y que a algunas de ellas se les retrasaba el inicio o la entrega comprometidaⁱⁱ.

Asimismo, en ese Plan de Inversiones se transparentó la inexplicable renuncia a las concesiones en materia de inversión en salud, y con ello, a la colaboración público-privada en dicho objetivo. De acuerdo a información proporcionada por la Cámara Chilena de la Construcción, el gobierno de Bachelet anuló el proceso de licitación (ya en marcha) de 4 hospitales (Marga Marga, Quillota-Petorca, Sótero del Río y Puente Alto). A su vez, no se concesionarían otros 3 hospitales: Curicó, Linares y Chillán.

En total, la cartera de inversiones que el gobierno decidió no concesionar equivale a US\$ 926 millones, monto cercano a un año completo del Plan de Inversiones del gobierno, y a 2.926 camas hospitalarias, más de un cuarto (26%) de las nuevas camas que estarían disponibles al ejecutarse por completo los 60 hospitales anunciados al inicio de la administración Bachelet.

La renuncia a la modalidad de concesiones resulta inentendible en el contexto de la baja capacidad de ejecución presupuestaria en esta materia. La siguiente tabla,

actualizada al 31 de mayo, muestra que la ejecución presupuestaria en marzo y abril de 2015 de la inversión sectorial en salud, es menor no sólo en términos porcentuales a la del año pasado, sino que también en montos absolutos respecto de la de igual mes de 2014. Por ejemplo, a abril de 2015 sólo se había ejecutado 5,8% del presupuesto en inversión, 8,9 puntos porcentuales menos que en abril de 2014 y casi \$ 11.600 millones menos que en igual mes del año anterior.

LA BAJA EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA REFLEJA ESCASA CAPACIDAD DE GESTIÓN DEL MINSAL PARA EL CUMPLIMIENTO DEL MILLONARIO CRONOGRAMA DE INVERSIÓN EN SALUD

Tabla N°1: Inversión en salud y ejecución a marzo y abril (2014 vs 2015)

	Presupuesto Total en Inversión (vigente a abril de cada año) (miles \$ abril 2015)	Presupuesto Ejecutado MARZO (miles \$ abril 2015)	Presupuesto Ejecutado MARZO (% del total)	Presupuesto Ejecutado ABRIL (miles \$ abril 2015)	Presupuesto Ejecutado ABRIL (% el total)
2014	\$ 286,913,706	\$ 31,378,230	10.9%	\$ 42,295,163	14.7%
2015	\$ 529,208,651	\$ 18,488,861	3.5%	\$ 30,724,011	5.8%
2015 vs 2014	84.4%	-41.1%	-7.4%	-27.4%	-8.9%

Fuente: LyD sobre la base de información DIPRES. La inversión sectorial en salud corresponde al programa de la subsecretaría con el mismo nombre identificado en la ley de presupuestos (16-10-02).

Esta baja ejecución presupuestaria es el reflejo de la escasa capacidad del MINSAL para manejar su cartera de inversiones. En suma, resulta incomprensible haberse cerrado a las concesiones hospitalarias, a pesar de los menores retrasos, menores costos por m², transparencia en la definición de roles de las partes (eliminando rol del Estado de juez y parte), por mencionar algunosⁱⁱⁱ.

- **Situación del Plan de Inversiones a mayo de 2015**

A la fecha, el estado de la cartera de inversiones entregada en septiembre de 2014 es preocupante, lo que era de esperarse al revisar su ejecución presupuestaria. Más específicamente, al analizar la información publicada por la Subsecretaría de Redes en el sitio web del MINSAL (con fecha 22 de mayo de 2015) y compararla con el catastro realizado en septiembre pasado, concluimos lo siguiente:

De los primeros 20 priorizados en septiembre pasado, en mayo:

- 7 se vuelven a retrasar respecto a la fecha programada en el Plan de Inversiones MINSAL 2010 – 2017. Esto equivale a 1.016 camas hospitalarias.



El retraso del Plan de Inversiones que se propuso originalmente este gobierno equivale a más de 3.500 camas hospitalarias, equivalente a cerca de un tercio de las camas proyectadas a ser construidas.

- 5 (equivalentes a 481 camas hospitalarias) se retrasan por primera vez (respecto a lo programado en septiembre de 2014) .
- 1 se adelanta, pero sigue retrasado respecto a la fecha programada en el Plan de Inversiones MINSAL 2010 – 2017 (Hospital Ovalle, con 236 camas).
- 7 (equivalentes a 764 camas hospitalarias) mantienen su fecha de término con respecto a lo programado en septiembre pasado, aunque 4 siguen retrasados respecto a la fecha programada en el Plan de Inversiones MINSAL 2010 – 2017, equivalentes a 650 camas hospitalarias.

De los segundos 20 priorizados en septiembre pasado, en mayo:

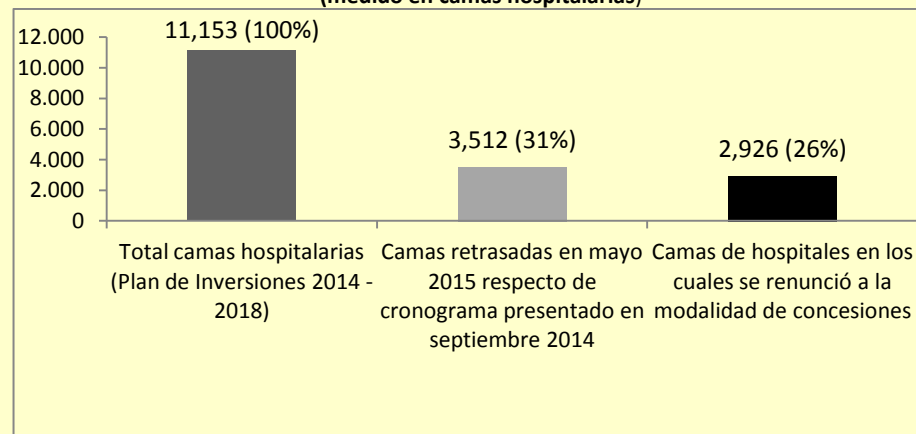
- 4 se retrasan respecto a lo programado en septiembre de 2014 (equivalentes a 1.734 camas): Carahue, Quilacahuin, Hospital Barros Luco y Hospital Sotero del Rio.
- 7 se adelantan, equivalentes a 1.755 camas.
- 1 se adelanta pero queda retrasado igual respecto a la fecha programada en el Plan de Inversiones MINSAL 2010 – 2017 (Puente Alto, 394 camas).
- 8 siguen igual, aunque 7 de éstos continúan retrasados respecto a la fecha programada en el Plan de Inversiones MINSAL 2010 – 2017 (éstos últimos equivalen a 2.512 camas hospitalarias).

De los terceros 20 priorizados en septiembre pasado, en mayo:

- 5 se retrasan respecto a lo programado en septiembre de 2014 (equivalentes a 281 camas).

EN 8 MESES SE RETRASÓ LA CONSTRUCCIÓN DE 1 DE CADA 3 CAMAS HOSPITALARIAS

Gráfico N°1: Retrasos y renuncia a concesiones de Plan de Inversiones 2014 – 2018 (medido en camas hospitalarias)



Fuente: LyD con informacion de la Subsecretaría de Redes, MINSAL.



El retraso del Plan de Inversiones que se propuso originalmente equivale a más de 3.500 camas hospitalarias, es decir, cerca de un tercio de las camas proyectadas.

A pesar de la inyección en 2015 de más de \$80 mil millones para la formación de especialistas (80,2% más que lo disponible el año anterior), las listas de espera en el sector público siguen su tendencia al alza.

OTRAS SEÑALES DE MALA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA: LAS LISTAS DE ESPERA

Los evidentes problemas de gestión del MINSAL no se limitan a la deficiente ejecución de su ambiciosa cartera de proyectos de inversión. Otro de los compromisos del gobierno en materia de salud pública es la formación al 2018 de 1.000 médicos para la atención primaria y 4.000 médicos especialistas. Lamentablemente, a pesar de la inyección en 2015 de más de \$ 80 mil millones para este fin (80,2% más que lo disponible el año anterior), las listas de espera en el sector público siguen su tendencia al alza: para el caso de las patologías no AUGE, en marzo de 2015 el número de casos en espera de ser atendidos llegó a 1.884.451, 77% de los cuales contempla un retraso significativo (lo que equivale a 120 días o más en el caso de consultas y de un año o más en el caso de intervenciones quirúrgicas). Este número es 3,2% superior al de marzo de 2014 (1.826.630).

3 DE CADA 4 CASOS EN LISTA DE ESPERA CORRESPONDE A UN RETRASO SIGNIFICATIVO

Tabla N°2: Lista de Espera de Consultas e Intervenciones Quirúrgicas de patologías no GES (Marzo 2015)

	consulta especialidad	intervención quirúrgica	TOTAL
Total	1,644,471	239,980	1,884,451
Con retrasos significativos (*)	1,309,502	135,113	1,444,615
%	80%	56%	77%

Fuente: LyD con información de la Subsecretaría de Redes Asistenciales entregada a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos el 11 de mayo de 2015 (Ord. N°1452 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL)^{iv} (*) Retrasos significativos equivale a 120 días o más en el caso de consultas y de un año o más en el caso de intervenciones quirúrgicas.

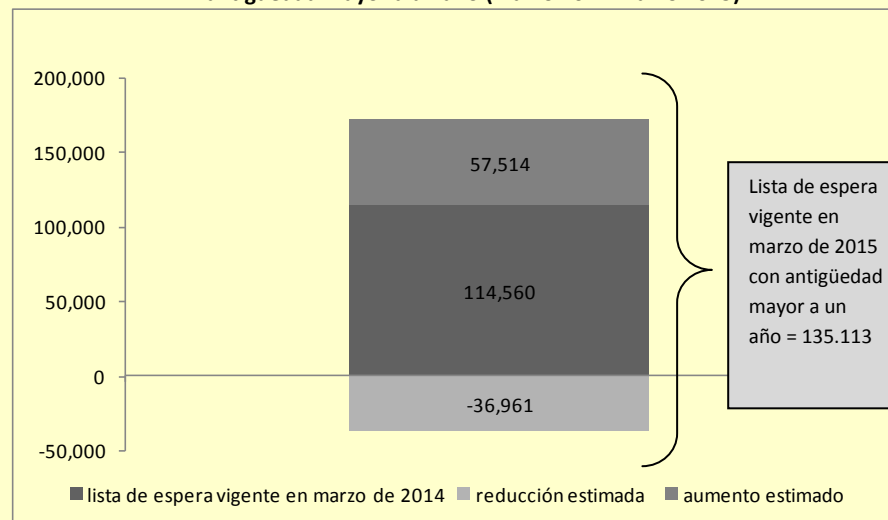
Si bien la lista de espera de consultas de especialidad se mantuvo relativamente constante (incluso registrándose una leve disminución de quienes esperaban más de 4 meses por una consulta con un especialista), preocupa la fuerte alza en doce meses de las intervenciones quirúrgicas no GES, las que aumentaron en 23%. De igual modo, preocupa el que las intervenciones quirúrgicas con retraso significativo crecieran en 18%. Esto último equivale a decir que entre marzo de 2014 y marzo de

2015 aumentaron en 20.553 aquellas personas esperando por más de un año por una cirugía.

De continuar la trayectoria actual, proyectamos un escenario no muy positivo para las listas de espera, al menos en lo relacionado con las intervenciones quirúrgicas no GES con retrasos significativos. De acuerdo a nuestras estimaciones, detrás del número informado para marzo de este año, se escondería un total de 57.514 cirugías que ingresaron a la fila de intervenciones quirúrgicas no AUGE con más de un año de espera en el período marzo 2014 – marzo 2015, lo que implica un aumento cercano al 50% en un año. De mantenerse esta tasa constante, la cual corresponde a un escenario optimista, en diciembre de 2015 podríamos alcanzar una espera por intervenciones quirúrgicas con antigüedad mayor a un año superior a los 200 mil casos^v.

LISTA DE ESPERA POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE ANTIGÜEDAD MAYOR A UN AÑO AUMENTÓ EN MÁS DE 57 MIL CASOS LOS ÚLTIMOS 12 MESES (50%)

Gráfico N°2: Evolución Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas de patologías no GES con antigüedad mayor a un año (marzo 2014-marzo 2015)



Fuente: LyD con información de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

En este contexto, la (recientemente informada) meta^{vi} de disminuir a cero la lista de espera por una intervención quirúrgica con fecha de entrada igual o menor a 2012 que se ha propuesto la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en caso de cumplirse, se haría a costa de los nuevos ingresos, los que (según muestran los resultados disponibles a marzo de 2015) no han logrado, por ahora, ser gestionados adecuadamente.

Finalmente, por el lado de las enfermedades AUGE, las que están sujetas por ley a una garantía de oportunidad, por lo que deben ser atendidas en un plazo determinado, las cifras son aun menos alentadoras: a marzo de 2015 existían 8.508 garantías de oportunidad retrasadas acumuladas, lo que implica que cerca de 8.500 personas no han recibido una prestación en el tiempo que les asegura la ley. Esto implica 2.234 casos más que en marzo del año anterior (6.274), lo que equivale a un alza de 36%^{vii}.

En suma, la trayectoria al alza de las listas de espera GES y no GES muestra que la importante inyección de recursos y esfuerzos en materia de formación de especialistas podría resultar infructuosa en atender las necesidades reales del sistema público, si no está acompañada de un buen diagnóstico de cuántos, dónde y cuáles son los especialistas que se requieren en los prestadores públicos, así como también de qué medidas adicionales o alternativas a la formación de nuevos médicos podrían permitir solucionar de manera eficiente los problemas del alicaído sector público.

LA DEUDA HOSPITALARIA TAMPOCO CEDE

De acuerdo a las cifras entregadas por el MINSAL, la deuda hospitalaria tampoco ha dado señales de mejora, sino todo lo contrario: en abril de 2015 habría superado los \$ 155 mil millones, lo que equivale a un aumento del 69% en comparación a los \$ 92 mil millones de déficit de marzo de 2014. Según recientes declaraciones del propio MINSAL, ésta podría alcanzar los \$ 200 mil millones durante 2015, más del doble de la del principio del Gobierno.

Tal como señalamos, el Gobierno está buscando abordar este problema mediante un cambio en el modelo de financiamiento de sus hospitales. Sin embargo, la falta de capacidades de gestión del sector público podría impedir que dicho esfuerzo se traduzca en una caída relevante en el déficit operacional.

EN CONCLUSIÓN

Nuestro sistema público de salud está en crisis. La nueva Ministra de Salud ha debido enfrentar una deficiente gestión de su antecesora. Si bien un cambio en el modelo de financiamiento podría atenuar el importante déficit operacional que registran los hospitales, esto no asegura una mejora en la deficiente ejecución de la cartera de

inversiones ni en los importantes problemas de oportunidad que afectan a más del 80% de la población de nuestro país asegurada en FONASA.

Todo apunta a que si además de una revisión al financiamiento no se abordan, al mismo tiempo, los evidentes problemas de gestión, la “tormenta perfecta” de la salud pública llegó para quedarse.

ⁱ http://www.cepchile.cl/dms/archivo_5916_3714/EncuestaCEP_Abril2015.pdf

ⁱⁱ Más específicamente, del cronograma presentado en septiembre de 2014 por la ex Ministra Molina:

- De los primeros 20 priorizados: sólo 2 eran hospitales nuevos, 6 retrasaban su término, 6 retrasaban su inicio y 6 se mantenían con respecto a lo programado en la administración anterior.
- De los segundos 20 priorizados: sólo 7 correspondían a proyectos de inversión nuevos, 2 retrasaban su término y 11 retrasaban su inicio (3 de los cuales ya contaban con primera piedra antes del cambio de mando).
- De los terceros 20 priorizados: 14 eran proyectos de inversión nuevos y 6 retrasaban su inicio a pesar de que estaban ya en etapa de estudio preinversional o diseño en el gobierno anterior. Ver noticia en: <http://impresa.elmercurio.com/Pages/NewsDetail.aspx?dt=07-10-2014%200:00:00&dtB=02-06-2015%200:00:00&BodyID=3&PaginaId=9>

ⁱⁱⁱ Más información en <http://lyd.org/wp-content/uploads/2014/08/TP-1169-CONCESI%C3%93N-HOSPITALES.pdf>

^{iv} Cabe destacar que la Ministra de Salud en su presentación a la Comisión de Salud del Senado el 2 de Junio recién pasado entregó cifras diferentes.

^v Para este cálculo realizamos el siguiente ejercicio: En mayo de 2010 la lista de espera para intervenciones quirúrgicas con antigüedad mayor a un año era de 135.809 intervenciones. De acuerdo a lo informado por la Subsecretaría de Redes (en enero de 2014), al 31 de diciembre de 2013 de esa lista habían egresado 133.043 casos, quedando sólo 2.766 procedimientos clínicos pendientes (2% del total comprometido en mayo de 2010). Dado que los esfuerzos en ese momento estuvieron enfocados en reducir la lista señalada, podríamos suponer que la tasa de reducción máxima de la lista de espera para las intervenciones quirúrgicas con antigüedad mayor a un año sería de 3.080 intervenciones al mes. Por su parte, la Subsecretaría de Redes recientemente informó que entre marzo de 2014 y marzo de 2015, la lista de espera de intervenciones quirúrgicas con antigüedad superior a un año aumentó desde 114.560 a 135.113 casos (flujos netos). Suponiendo una reducción mensual de las intervenciones vigentes igual a la de la tasa de reducción máxima estimada para el período mayo de 2010-diciembre de 2013, esto querría decir que de las intervenciones quirúrgicas vigentes en marzo de 2014, en marzo de 2015 sólo quedarían vigentes 77.599.

^{vi} Cabe destacar que de acuerdo a lo exigido en la Ley de Presupuestos 2015, el MINSAL debió haber presentado a más tardar el 31 de diciembre de 2015 “metas trimestrales de reducción de las listas de espera GES y no GES, debiendo acompañar al informe trimestral la evaluación acerca del cumplimiento de las metas señaladas.”. Esta información recién fue presentada oficialmente a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos el 11 de mayo de 2015 (más de 4 meses de retraso, habiendo ya transcurrido el primer trimestre).

^{vii} Estas cifras también se basan en la información de la Subsecretaría de Redes Asistenciales entregada a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos el 11 de mayo de 2015 (Ord. N°1452 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL). No obstante lo anterior, La Tercera el 28 de mayo pasado publicó cifras de FONASA que muestran un total de garantías AUGE incumplidas para marzo de 2015 de 11.705 casos.