

# Diagnóstico y Remedios para la Crisis Hospitalaria

Los graves errores médicos y administrativos que han ocurrido en diferentes hospitales públicos (Vallenar, Iquique, Talca, San José, entre otros) nos invitan a pensar en los problemas de fondo que vive el sistema público de salud.

Durante los últimos años se ha incrementado sustancialmente el gasto corriente y la inversión en el sistema público de salud.

Este incremento ha ampliado la red de atención primaria y hospitalaria de mediana y alta complejidad, a través de la construcción de consultorios, postas y hospitales, centros de atención ambulatoria y Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). También se aumenta la dotación de personal y el mejoramiento de las remuneraciones del sector. Lo anterior se ha traducido en un aumento del gasto público en salud, expresado como porcentaje del PIB y del gasto público total. En efecto, en 1990 el gasto público en salud representaba un 2,0% del PIB y un 9,3% del gasto público total, mientras que en 2007 éstos alcanzan 3,2% y 14,6%, respectivamente. Más aún, entre 2006 y 2009 el gasto público crecerá en promedio anual un 11,1% (Gráfico N° 1).

En cuanto a los resultados del mayor gasto, éste se ha visto reflejado en el incremento de las prestaciones otorgadas, como consultas de especialidad, exámenes bioquímicos, hematológicos y de imagenología. Asimismo, se verifica una continuación de la tendencia en la mejoría de los indicadores biomédicos, como la esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil, como también en la calidad de vida, medida a través del índice de desarrollo humano.

No obstante, a pesar de los avances logrados durante los últimos años, persisten importantes problemas de eficiencia en la gestión administrativa y en el uso y rendimiento de los recursos. Centralización de funciones.

## Deterioro en el Rendimiento del Gasto Público

Existen diferentes formas de medir el rendimiento del gasto público en salud: comparar el nivel de eficiencia del gasto público entre países, el nivel de rendimiento del gasto público de un mismo país a través del tiempo o la productividad del gasto hospitalario y el nivel de eficiencia relativa entre hospitales o consultorios.

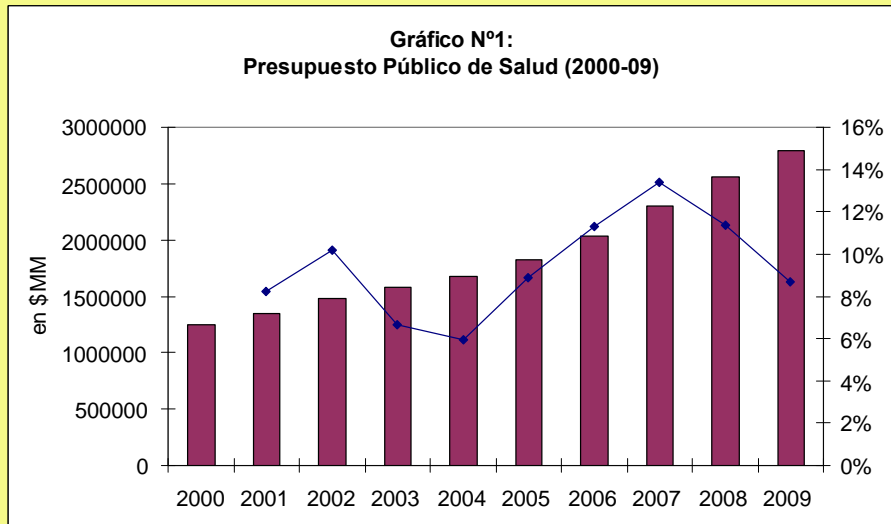
---

**Los hospitales deberían convertirse en sociedades anónimas hospitalarias y competir entre sí y con otras organizaciones privadas por convenir las atenciones de la población suscrita en los seguros públicos o privados de salud. Deberían gozar de plena autonomía en su gestión, dentro del marco regulatorio general, definiendo sus normas internas de funcionamiento y sus políticas de recursos humanos y prestación de servicios que aseguren su viabilidad.**

---

### En esta Edición:

- Diagnóstico y Remedios para la Crisis Hospitalaria
- Libertad Económica: El Mejor Camino para Enfrentar la Crisis



Fuente: Presupuesto de salud de cada año, [www.dipres.cl](http://www.dipres.cl)

implementación del Plan AUGE). En este mismo sentido, los hospitales consumen entre un 30,3% y 94,3% más recursos de lo que es requerido para su nivel de actividad<sup>5</sup>. Además, la adopción e incorporación de prácticas eficientes, identificadas en establecimientos comparables, permitiría mejorar la gestión con ahorros de hasta US\$6.5 millones anuales sólo en días camas liberados por mejor gestión de GRD<sup>6</sup>.

## Los Problemas de la Gestión Pública

Siguiendo la metodología de Tokman y Rodríguez (2000)<sup>1</sup> se puede estimar el rendimiento del gasto público en salud hasta 2007<sup>2</sup>. En efecto, el rendimiento del gasto público (indicador prestaciones valoradas sobre gasto total en el subsistema público) en salud cae más de un 70% entre 1990 y 2007<sup>3</sup>.

Entre 2001-2006 la productividad del sistema hospitalario cayó 30% real (IAS-UChile)<sup>4</sup>, porque mientras el gasto en hospitales subió un 42,7% el número de personas que recibió la red de atención apenas creció 0,5%. Entre 2005-2006 se concretó la mayor alza de gasto fiscal en hospitales, con un 10,4% promedio, pero cayó 0,78% el número de personas egresadas del sistema (única caída en la década), así el gasto anual por paciente subió 12%.

Por último, estimaciones de eficiencia indican que si los hospitales ineficientes operaran con las 'mejores prácticas', el gasto total se podría reducir en US\$107 millones (44% de los requerimientos de recursos adicionales para la

Se mantiene una importante inflexibilidad administrativa (estatutos administrativos) que proviene de la lógica de la administración pública, sujeta a formas de funcionamiento diseñadas hace un buen tiempo y que en su concepción, sirven para cumplir tareas propias del Estado y no de una empresa de servicios, como es el caso de los hospitales públicos. Esta inflexibilidad se manifiesta en cuatro aspectos claves:

**Recursos Humanos:** Los hospitales públicos tienen sus plantas establecidas por ley, por lo cual resulta muy difícil adecuarla a los cambios en el tipo y niveles de demanda y a los nuevos requerimientos de atención. Asimismo, la rigidez en los sistemas de remuneraciones y la concepción de carrera funcionaria impide al administrador introducir con éxito iniciativas tendientes a mejorar calidad, incrementar productividad y disponer de los mejores recursos disponibles.

**Cuadro N°1: Procesos Concursables Desiertos\* y Finalizados**

	Nivel I	Nivel II	Total	%
Total concursos realizados	37	185	222	100%
Desierto por CADP/Comité	2	61	63	28%
Desierto por autoridad	1	20	21	9%
Total concursos finalizados con nombramiento	34	104	138	62%

Fuente: Informe de la Situación de los Cargos de Salud incluidos en el Sistema de Alta Dirección Pública; mayo 2008

\* Concurso que finaliza sin que sea posible realizar un nombramiento, ya sea porque no hubo un número suficiente de candidatos elegibles para conformar la nómina, o bien porque dicha nómina fue rechazada por la autoridad facultada para el nombramiento.

Al estar establecidas por ley las dotaciones, muchas veces estas instituciones tienen contratado personal que no necesitan o que no sirve por su calificación para cumplir con las demandas actuales, sumado a la rigidez impuesta por la mal entendida estabilidad laboral. Esto conduce a que las plantas no se adecúan a los cambios en la demanda ni se premia o sanciona a los trabajadores, según su comportamiento. Esto se traduce en que en algunos establecimientos el costo del recurso humano representa el 98% de las transferencias que realiza FONASA por el pago de prestaciones. Esta situación se agrava con el sistema de remuneraciones del sector público, donde éstas no se vinculan al desempeño del trabajador e, incluso, genera la cultura de las horas extraordinarias, las cuales pasan a ser parte de la remuneración normal de los funcionarios.

#### **Presupuestos de Ingresos y Gastos:**

Una de las principales dificultades para realizar una adecuada gestión financiera radica en la lógica de los presupuestos de ingreso y gasto de los hospitales públicos. Estos carecen de un marco de incentivos que estimule la eficiencia, ya que lo que importa es la ejecución presupuestaria anual y no el logro alcanzado con esos recursos. Lo mismo sucede con los ingresos propios, porque ellos no quedan a disposición del establecimiento. La norma presupuestaria reglamenta el gasto por ítem, sin otorgar flexibilidad para cambiar partidas presupuestarias, según las necesidades que se

presenten. Lo anterior tiene un efecto sobre el nivel de endeudamiento de los hospitales<sup>7</sup>.

#### **Falta de competencia de los hospitales públicos por sus recursos:**

Los hospitales tienen el financiamiento asegurado. Esto no incentiva ni al personal ni a los directivos a aumentar la productividad y mejorar la calidad de la atención para capturar la demanda de los beneficiarios. En un ambiente competitivo el financiamiento y desarrollo estaría directamente ligado a la eficiencia de la gestión.

#### **Mecanismo de generación y permanencia de los directivos en hospitales públicos:**

Aunque el esquema de gerencia pública se ha ido implementando en este sector, las designaciones se siguen realizando a partir de consideraciones políticas y no necesariamente en relación a sus capacidades administrativas. Luego, la permanencia o ascenso obedece también a razones de índole distinta al desempeño en gestión, lo cual entrega señales equívocas, llegando a resultar más importante un apoyo político que un buen resultado de operación. Asimismo, casi el 40% de los concursos realizados no concluyen con nombramiento. La situación de estos cargos, en tanto se declaran desiertos por la falta de candidatos idóneos para proveer los cargos, se agudiza cuando los requisitos legales incluyen que éstos sean ocupados por médicos<sup>8</sup>. Es así como en estos casos, casi el 57% de los concursos es declarado desierto. En este mismo sentido existe una falta de autonomía y capacidad de

gestión de los directores de hospitales y una falta de autonomía para externalizar algunas funciones, o bien concesionar algunas áreas de servicio e inversiones del hospital.

En abril de este año se aprobó una ley (Ley N°20.261) que entregó algunos paliativos en términos de hacer más atractivos esos cargos directivos. Configura una excepción a la dedicación exclusiva al facultar a quienes sirvan los cargos de director de hospital y de subdirector médico de hospital o de servicio de salud, para destinar un máximo de doce horas al desempeño de la actividad clínica y asistencial. Asimismo, permite retener la propiedad de sus empleos anteriores -sin derecho a remuneración- a funcionarios que sean nombrados a través del Sistema, con lo cual no pierden su planta en caso de perder el cargo directivo<sup>9</sup>.

Además se han introducido mejoras marginales en las remuneraciones. Sin embargo esos esfuerzos son insuficientes, ya que desde entonces los avances han sido marginales.

El promedio de postulaciones para los cargos de directores de hospital y de subdirectores médicos aumentó desde 15 a 19 y el porcentaje de concursos declarados desiertos cayó desde 80% a 62%. Una parte de la explicación son las remuneraciones. El desprestigio y el riesgo de asumir estos cargos en este sector sólo agravan esas brechas. Conforme la información que se obtiene de los perfiles con que se inicia el concurso para estos cargos, se aprecia que en abril y mayo se consideraba para los subdirectores médicos del hospital San Juan de Dios y de la Posta una remuneración de líquida promedio de \$ 2.3 millones. En octubre las rentas medias referenciales para los cargos de director del hospital San Borja o para el hospital de Curicó alcanzaba a 2.72 millones, también en promedio<sup>10</sup>.

**Hospitales Autogestionados en Red, un Posible Avance:** La reforma a la salud además de diseñar e implementar garantías explícitas en salud (AUGE), creó la categoría de hospitales autogestionados en red, que apunta a que los directores de los hospitales tomen decisiones más autónomas y puedan administrar el presupuesto de la institución. Por ejemplo, estos hospitales podrán acordar la compra de insumos, equipamiento e incluso realizar acuerdos económicos con el mundo privado.

Hasta ahora estas gestiones dependían de los servicios de salud de cada zona. Pero desde el momento en que empiecen a funcionar como autogestionados, estos hospitales dependerán -en temas evaluativos- directamente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

**Estimaciones de eficiencia indican que si los hospitales ineficientes operaran con las 'mejores prácticas', el gasto total se podría reducir en US\$107 millones (44% de los requerimientos de recursos adicionales para la implementación del Plan AUGE)**

Sin embargo, hoy sólo hay 11 de 56 hospitales en esta categoría y de los 45 restantes, sólo 9 cumplen con los requisitos del MINSAL. Es decir, el 80% de los hospitales públicos no califica para autogestionarse. Sin embargo, la ley los faculta para que a partir de enero 2009 sean parte de este nuevo sistema<sup>11</sup>.

## Desafíos Pendientes

### 1. Sociedades Anónimas Hospitalarias

Se necesita profundizar la reforma a la gestión e institucionalidad de los hospitales públicos. Aquí hay una gran oportunidad para avanzar en un nuevo gobierno corporativo para estas instituciones, de tal manera que se establezca un marco de incentivos que promueva una mayor eficiencia en el uso de los recursos, y de esta manera se aumente gradualmente el rendimiento del gasto en el sector.

En concreto, se debería otorgar a los hospitales una estructura jurídica independien-

te, tal como sociedades anónimas hospitalarias, constituidas con participación del Estado, dando una opción preferente para sus funcionarios y abiertas a la incorporación de entidades privadas interesadas en asociarse.

Estas sociedades anónimas hospitalarias deberían competir entre sí y con otras organizaciones privadas por convenir las atenciones de la población suscrita en los seguros públicos o privados de salud. Deberían gozar de plena autonomía en su gestión, dentro del marco regulatorio general, definiendo sus normas internas de funcionamiento y sus políticas de recursos humanos y prestación de servicios que aseguren su viabilidad.

No cabe duda que en este esquema los gremios pierden poder al trasladarse el ámbito de la negociación legítima entre empleador y empleado al nivel de las nuevas unidades autónomas.

No obstante lo anterior, corresponde señalar que, desde un punto de vista conceptual, la mejor opción es entregar los hospitales públicos a los propios médicos y funcionarios, constituidos en sociedad anónima. Se le traspasaría a dichas sociedades el servicio hospitalario o de salud, como giro, manteniendo el Estado la propiedad de los inmuebles. Así los propios accionistas elegirían a su directorio y demás autoridades que los estatutos señalaran.

Correspondería al directorio la administración y representación del hospital con las más amplias y absolutas facultades. En el cumplimiento de sus funciones, el directorio debería, especialmente, entre otros: preservar y fortalecer los niveles de productividad, eficiencia y calidad de la gestión del hospital; designar, en su primera sesión y de entre sus miembros al director que se desempeñará como Vicepresidente del mismo; designar al gerente general y al ejecutivo del hospital que deba reemplazarlo transitoriamente en caso de ausencia o imposibilidad temporal de éste para el ejercicio del cargo; dictar los reglamentos y normas que

estime conveniente para regular la organización interna del hospital y su adecuado funcionamiento; establecer las bases de toda licitación a que deba llamarse, y asimismo deberá aprobar el texto de los contratos de concesión.

Los hospitales deberían estar sujetos a las mismas normas financieras, contables y tributarias que rigen para las sociedades anónimas abiertas. En todo lo no previsto expresamente en el régimen legal de los hospitales se deberían aplicar las normas relativas a las sociedades anónimas abiertas. Los hospitales quedarían sujetos a la fiscalización de la Superintendencia de Valores y Seguros, en cuanto sociedad anónima, y de la superintendencia de salud, en cuanto a la calidad de las prestaciones.

Los trabajadores de los hospitales se regirían exclusivamente por las disposiciones del Código del Trabajo y sus normas complementarias, pero asegurando el nivel remuneratorio de los actuales funcionarios, mediante planillas suplementarias si fuere necesario.

## **2. Concesiones Hospitalarias**

MINSAL y MOP se han propuesto construir dos centros asistenciales (Maipú y La Florida) que replicarán la exitosa experiencia de concesión realizada en Inglaterra. Sin embargo, esta decisión compensaría sólo parcialmente los déficits de capacidad resolutive que presenta la atención pública de salud.

Los mecanismos de asociación público-privado en la construcción y administración de hospitales y consultorios, pueden significar nuevas e innovadoras formas de controlar costos y mejorar la calidad de los servicios, como también generar un ahorro fiscal neto. La experiencia internacional ha ido mucho más lejos que el modelo chileno (construcción y operación de servicios anexos al propiamente sanitario). Es importante recordar que este esquema de participación privada entrega significativos beneficios siempre que el Gobierno diseñe adecuadamente los contratos de construcción,

operación y gestión, de forma tal que aseguren el acceso universal, un alto estándar de calidad y un aumento en la eficiencia. A nivel internacional, la experiencia de países como Australia, Inglaterra, Brasil y Suecia, entre otros es elocuente en lo que se refiere a las opciones disponibles para mejorar la gestión del sistema público de salud.

### 3. Mecanismos de Pago a Hospitales

Se debe llegar a la descentralización efectiva de la administración de los prestadores públicos y para ello es necesario aumentar las transferencias de recursos destinados a comprar prestaciones y flexibilizar el presupuesto de los hospitales, de manera de incentivar los esfuerzos para aumentar los ingresos y hacer más eficiente el gasto.

Respecto a los mecanismos de pago a prestadores, se requiere extender la experiencia piloto de Sistemas de Pago Prospectivo (PAD y PPP) a todos los hospitales. Esto significa establecer pagos vinculados a la condición médica tratada, utilizando costos estándares. Este sistema, a diferencia del pago por prestación, incentiva la administración médica, induce a la contención de costos y genera la posibilidad de promover la competencia comparada entre hospitales aunque tengan poder monopólico en áreas geográficas determinadas.

---

<sup>1</sup> Rodríguez, J. y Tokman, M. (2000) 'Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999' CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo. N° 6.

<sup>2</sup> La metodología consiste en calcular un índice que compara las prestaciones valoradas (la multiplicación de los precios del arancel de FONASA y la cantidad de prestaciones respectivamente) respecto al gasto público.

<sup>3</sup> Libertad y Desarrollo (2007) 'Salud: ¿Qué está pasando con la productividad?' Tema Público N° 835

<sup>4</sup> La Tercera (Junio, 2008) Informe de Evaluación sobre el rendimiento del gasto público hospitalario' Instituto de Administración de Salud.

<sup>5</sup> Castro, Rodrigo (2008) 'Midiendo la eficiencia de los hospitales públicos en Chile' En Foco N° 108, Expansiva.

<sup>6</sup> Bastías, (2004) 'Desarrollo de un Sistema de Evaluación y Seguimiento del Desempeño de la Gestión Clínica de los Grandes Hospitales Chilenos' Proyecto FONDEF, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile.

<sup>7</sup> Entre 2000 y fines 2006, la deuda hospitalaria se redujo de \$43.492 millones a \$552 millones. Sin embargo, este año estas cifras han vuelto a elevarse, y se espera que para diciembre la deuda hospitalaria total se acerque a los \$55.000 millones. Esto se vería reflejado en grandes faltas de insumos. Actualmente los diez proveedores de insumos más importantes están amenazando con paralizar los envíos. Los problemas más serios se dan por el aumento en los costos de los insumos básicos, junto a procesos de compras y adquisiciones mal definidos.

El creciente gasto en recursos humanos también ha jugado en contra. Por último, se ha hecho notar la poca transparencia en los estados de cuentas, existiendo gran número de facturas perdidas o atrasadas, básicamente por falencias administrativas e ineficiencias en general.

<sup>8</sup> Subdirectores Médicos de los Servicios de Salud y Hospitales (requisito legal) y Directores de Hospital (una de las profesiones corresponde a médicos). Estos cargos son 141 en el SADP lo que representa el 49% de los cargos del sector salud incluidos en el SADP.

<sup>9</sup> Waissbluth, Mario (noviembre, 2008) 'Una Crisis Anunciada' Columna Revista Que Pasa.

<sup>10</sup> Las cifras fueron proporcionadas por la Dirección Nacional del Servicio Civil.

<sup>11</sup> El próximo 15 de diciembre los directores de los distintos servicios deberán presentar al subsecretario de Salud los presupuestos que necesitan para 2009, previa presentación de metas en distintas áreas que permitan optimizar, por ejemplo, la compra de servicios y las listas de espera.