



FUNCIONARIOS DE LA SALUD ESTATAL: UNA CADENA DE MALOS INCENTIVOS

ENERO 2025

SERIE
INFORME
ECONÓMICO
332

AUTOR: PABLO EGUIGUREN F.

ISSN 0717-1536



AUTOR:
PABLO EGUIGUREN F.

Ingeniero Comercial UC, MPP Universidad de Chicago. Director de Políticas Públicas Libertad y Desarrollo.

CONTENIDO

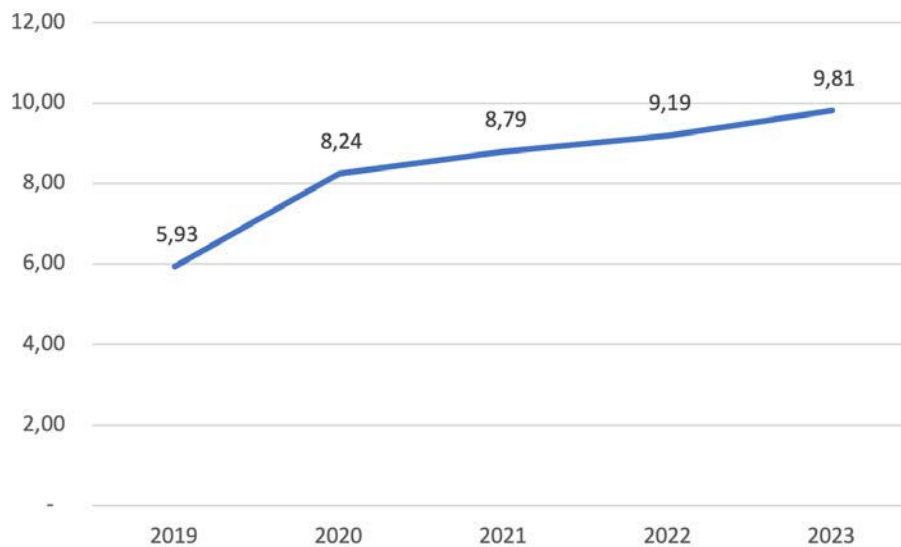
INTRODUCCIÓN	4
UNA CADENA DE MALOS INCENTIVOS	7
REFLEXIONES FINALES	17
ANEXOS	18

INTRODUCCIÓN

La salud es un servicio que, al igual que otros como educación, es intensivo en personas. Son los médicos, enfermeros y demás personal quienes cumplen un rol fundamental en la atención de los pacientes, en generar egresos hospitalarios y en la resolución de problemas de salud menos complejos en la atención primaria.

Por ende, la productividad del personal de salud es un aspecto clave a la hora de evaluar el desempeño de un sistema de salud. Es por ello que la regulación que rijan al personal que se desempeña tanto en los hospitales, como en la atención primaria y en los servicios de salud que coordinan a dichos prestadores es fundamental para una gestión eficiente de los recursos invertidos.

En ese sentido, los datos dan cuenta de que hay un amplio espacio de mejora en la productividad en el sistema de salud chileno. Si se considera el presupuesto de los servicios de salud y la cantidad de egresos hospitalarios, el costo de estos últimos en el sector estatal no ha sido capaz de regresar a los niveles previos a la pandemia de Covid-19 (ver gráfico N°1). Esto se explica porque, pese al alza de los recursos disponibles, los egresos de los hospitales estatales cayeron 7% entre 2019 y 2023, mientras que los egresos hospitalarios del sector Isapre monitoreados por la Superintendencia de Salud, era en 2022 un 6% mayor que el de 2019.

Gráfico 1 Costo de egreso hospitalario en hospitales estatales (en \$MM de cada año)

Fuente: elaboración propia en base a datos del DEIS del Ministerio de Salud y Dipres.

Lamentablemente, este fenómeno parece arrastrarse hace años. Hace más de dos décadas, Rodríguez y Tokman (2000) identificaron una caída de la eficiencia del gasto público en personal del 45% entre los años 1992 y 1999¹. Los autores explican que esta caída, se debió fundamentalmente a la fuerte alza de los salarios en el periodo mencionado y también al ausentismo laboral, a la baja ejecución de horas que los médicos tenían contratadas y a la disminución de horas trabajadas, pero no de las horas contratadas, entre otros factores. Estudios más recientes van en la misma línea. Sánchez e Inostroza (2024) muestran que el costo operacional (gasto en personal y en bienes y servicios de consumo) promedio subió un 21% entre los años 2013 y 2023.

También existe evidencia de la heterogeneidad en la productividad de los hospitales estatales. Una de ellas es el gasto por egreso hospitalario equivalente. Los datos de Fonasa para 2020 demuestran que, entre los

hospitales generales, un egreso puede costar hasta 72% más en un hospital respecto al más eficiente de esa categoría. En tanto, entre los hospitales complementarios la diferencia entre el gasto por egreso equivalente del hospital más y menos eficiente es más del doble². En la misma línea, un análisis de eficiencia elaborado por Eguiguren y Dussillant (2023) muestra las amplias brechas de productividad, concluyendo que, para 2019, los hospitales de menor eficiencia podrían haber aumentado sus egresos equivalentes en más de un 50% utilizando los mismos insumos con los que contaban para esa fecha si hubieran funcionado al mismo nivel de eficiencia que los mejores hospitales estatales del país.

Adicionalmente, otros estudios han mostrado el bajo uso de pabellones quirúrgicos (CNEP, 2020) y el no uso de infraestructura disponible por falta de equipamiento o personal (Aguilar-Barrientos y Velasco, 2022).

1. Este estudio incluyó también al personal que se desempeñaba en la atención primaria de salud.

2. Ver: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos/tablero>

Todos estos datos dan cuenta de problemas de productividad de los hospitales del Estado. Si bien las razones que explican ese fenómeno son variadas y se relacionan, entre otros factores, con la institucionalidad de Fonasa, de los propios servicios de salud y con los mecanismos de financiamiento³, en el presente documento nos centraremos en la cadena de incentivos para gestionar al personal de la salud administrada por el Estado, específicamente del personal médico.

Dado que desde hace varios años⁴ cerca de la mitad del presupuesto de los Servicios de Salud van destinados al gasto en personal (46% para 2024, ver anexo A1), generar incentivos que promuevan la productividad del personal que se desempeña en este sector es esencial para hacer un uso más eficiente del presupuesto del Estado en salud. Sin embargo, como se verá a continuación los incentivos que existen para quienes se desempeñan en la salud estatal son débiles.

Si bien se han tomado medidas para profesionalizar a quienes cumplen funciones de dirección al mando de hospitales y servicios de salud (aunque como veremos en la siguiente sección hay problemas que permanecen), poco se ha hecho respecto del resto del personal y probablemente las conclusiones de Rodríguez y Tokman hace un cuarto de siglo no han variado en el tiempo.

Así, el foco de este estudio pretende ayudar a afinar un diagnóstico de los problemas de la actual regulación laboral que rige a los médicos con el objetivo de mejorar la gestión de los hospitales estatales del país.

El presente documento continúa con una descripción de cómo funciona la cadena de incentivos a la que están sujetos los médicos de la salud estatal, comenzando por la alta rotación de los directores de los Servicio

de Salud y, en menor medida, directores de hospitales, utilizando datos del Servicio Civil. Luego se compara la situación laboral de los trabajadores de la salud en Chile y diversos países de la OCDE, para concluir que el nivel de salarios de los médicos en nuestro país es relativamente alto (en comparación con el resto de los trabajadores) y que las brechas en la cantidad de médicos por habitante respecto a la que presentan los países más desarrollados se han reducido fuertemente.

Esto podría ser indicio de que no existe un problema en el nivel de los salarios, lo que lleva a cuestionarse si existen suficientes herramientas que incentiven un buen desempeño. Respecto a ello, con datos obtenidos a través de la Ley de Transparencia, se da cuenta que el marco de incentivos monetarios y sancionatorios que enfrenta el personal médico es bajo.

Finalmente, se concluye sugiriendo la necesidad de avanzar en una modernización de la regulación del personal de la salud en línea con las diversas propuestas que han entregado distintas comisiones técnicas convocadas en el último tiempo para mejorar distintos ámbitos de nuestro sistema de salud.

3. Para un análisis más exhaustivo ver "Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud" Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, 2017.

4. A modo de ejemplo, en promedio para los años 2010 y 2020 el gasto en personal significó un 48% del total de gastos de los servicios de salud a nivel país.

UNA CADENA DE MALOS INCENTIVOS

1. ADP EN EL SECTOR SALUD: LUCES Y SOMBRAS DEL SISTEMA

Cada uno de los 29 servicios en que se organiza el país es liderado por un director. A ellos les corresponde gestionar la red asistencial a su cargo y, entre otras responsabilidades, son quienes nombran a los directores de hospitales con el apoyo del Sistema de Alta Dirección Pública (ADP)⁵. También está dentro de sus atribuciones las de premiar o sancionar a los funcionarios de la salud estatal a su cargo. Es por esta razón que son ellos quienes pueden potenciar (o no) el uso de esas atribuciones.

Estudios demuestran que, al menos a nivel de hospitales, el Sistema ADP ha permitido atraer a mejores candidatos a las direcciones de este tipo de recintos habiendo un impacto positivo en la salud de las poblaciones que atienden. En ese sentido, Otero y Muñoz

(2022) muestran el impacto en los hospitales cuyos directores fueron escogidos vía el Sistema de ADP, disminuyendo la mortalidad en los hospitales dirigidos por personas seleccionadas bajo el mencionado sistema. Asimismo, los hospitales de directores seleccionados por ADP aumentaron la tasa de utilización de pabellones, mejorando la productividad. Los autores explican que la mejora en la gestión de los establecimientos se da especialmente por el mayor manejo de herramientas de gestión de los directores elegidos bajo el Sistema ADP ya sea porque lo estudiaron, en el caso de quienes no son médicos, o bien, porque son médicos, pero con postgrados en gestión, generando un mejor *match* entre las necesidades de administración de un hospital y la formación de sus directores.

Aunque el Sistema ADP ha resultado exitoso a nivel de selección de candidatos para la dirección de los hos-

5. Los directores de hospitales son cargos de II nivel jerárquico del sistema ADP.

pitales, ha fallado en crear las condiciones para que los directivos del área de salud permanezcan en sus cargos tras un cambio de gobierno, revelando que criterios de afinidad política siguen siendo importantes para evaluar la permanencia en el cargo lo que resta potencial a la gestión de los establecimientos de salud.

A. Rotación de directores de servicios de salud

En el caso de los directores de los Servicios de Salud, su nombramiento recae en el Presidente de la República quien elige a estas autoridades desde una terna elaborada por ADP. Duran tres años en el cargo y pueden renovarse en dos oportunidades, es decir, pueden servir en un mismo Servicio de Salud por hasta nueve años.

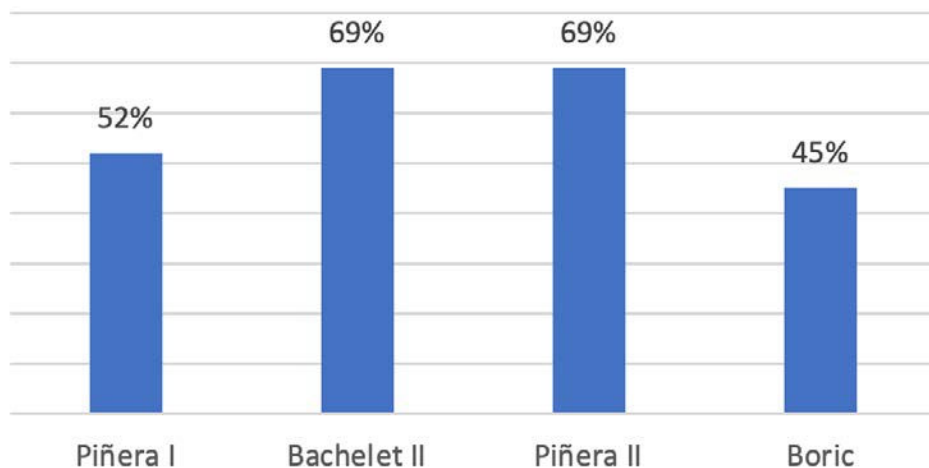
Sin embargo, el tiempo efectivo en el cargo es mucho menor. De hecho, la duración promedio de un director

de servicio es de solo 2,55 años⁶; y en 31% de los servicios dicha duración es inferior a 2 años.

Esto se da porque cada cambio de gobierno viene asociado con despidos, renunciaciones voluntarias o la no renovación de cargos de directores de Servicios de Salud. En el gráfico N°2 se puede apreciar que casi la mitad, y hasta 7 de cada 10, directores de Servicio de Salud no continuaron en sus cargos a tres meses de instalado un nuevo gobierno.

Destaca, por ejemplo, que, a tres meses de asumido el segundo gobierno de Michelle Bachelet, dos tercios de los directores de Servicios fueran desvinculados (ver tabla N°1) y que el porcentaje de mayor permanencia de directores titulares (luego de tres meses) haya alcanzado solamente al 27,6% de los casos en el primer gobierno del presidente Piñera y bajo la administración Boric⁷.

Gráfico 2 Porcentaje de directores de Servicios de Salud que luego de tres meses de instalado un nuevo gobierno no siguieron en sus cargos



Fuente: elaboración propia en base a información del Servicio Civil.

6. Considera solo a quienes ya salieron de sus cargos.

7. La suma entre quienes no siguieron en sus cargos y aquellos que se mantuvieron en sus cargos no necesariamente es 100% debido a que hay un porcentaje de los cargos que no tenía un Director Titular nombrado bajo el Sistema de ADP.

Tabla 1 Razón para afectar la continuidad de los directores de Servicios de Salud a tres meses del cambio de gobierno

Gobierno / Razón	Desvinculación	Término del periodo	Renuncia voluntaria	Total
Piñera I	48,3%	3,4%	0%	51,7%
Bachelet II	65,5%	0%	3,4%	68,9%
Piñera II	48,3%	17,2%	3,4%	68,9%
Boric	44,8%	0%	0%	44,8%

Fuente: elaboración propia en base a datos del DEIS del Ministerio de Salud y Dipres.

B. Rotación de directores de hospitales

Una situación similar (aunque menos marcada) se da en el caso de los hospitales del Estado. Los directores de hospitales tienen a su cargo la gestión médica y administrativa de los establecimientos a su cargo y dependen de las directrices del Servicio de Salud al cual pertenecen.

Este tipo de cargos son de designación de los directores de Servicios de Salud respectivos, que como vimos, tienen una alta rotación, especialmente tras un cambio de gobierno.

Y si bien la duración promedio en el cargo es algo superior a la de los directores de Servicios de Salud, la duración promedio de los directores de hospitales es baja (3 años⁸) considerando que podrían durar en el cargo hasta 9 años tras dos renovaciones de su nombramiento. Cabe destacar que en prácticamente un tercio de los hospitales la duración promedio de sus directores no alcanza los dos años desde que se instauró el Sistema ADP.

Tabla 2 Razón para afectar la continuidad de los directores de hospitales a tres meses del cambio de gobierno

Gobierno / Razón	Desvinculación	Término del periodo	Renuncia voluntaria	Total
Piñera I	4,3%	0%	4,3%	8,6%
Bachelet II	17,2%	5,4%	2,2%	24,8%
Piñera II	5,4%	1,1%	1,1%	7,6%
Boric	5,4%	1,1%	2,2%	8,7%

Fuente: elaboración propia en base a información del Servicio Civil.

8. Considera solo a quienes ya salieron de sus cargos.

2. MARCO DE INCENTIVOS PARA EL PERSONAL MÉDICO DE LA SALUD ESTATAL

El nivel de los salarios y la forma en que se remunera a los trabajadores desempeñan un rol fundamental en incentivar la productividad. Por ejemplo, Biasi (2021) demostró que la inclusión de pagos variables para los profesores en contraste con pagos únicamente basados en la antigüedad, no solo permitió mejorar los salarios de los mejores profesores, sino también atraer a docentes más capacitados en los lugares donde se implementaron políticas de salarios flexibles. Además, estas políticas incentivaron un mayor esfuerzo por parte de los profesores, lo que se tradujo en mejor desempeño académico de los alumnos.

Asimismo, en el ámbito del personal de la salud, una revisión de los sistemas de incentivos para el personal de salud en los países de la OECD analizó 63 estudios y concluyó que si bien existía gran heterogeneidad en los resultados, la mayoría de los esquemas de incentivos (positivos o negativos) por productividad mejoraban los resultados de manera estadísticamente significativa y solo cuatro mostraron resultados que iban en contra de los objetivos buscados por este tipo de esquemas, lo que demuestra, a su vez, la necesidad de diseñar cuidadosamente este tipo de mecanismos (Lin, Werner, Witter et al., 2022).

Por ejemplo, el efecto de pagos por desempeño puede influir de distintas maneras. Cadena y Smith (2019) muestran que el alza de un 18% en el número de pacientes atendidos mensualmente en un *Community Health Center* en EE.UU.⁹ está asociada no a un alza de la productividad del personal, sino a que el progra-

ma de pago por desempeño logró atraer y retener al personal médico más productivo.

A. Nivel de las remuneraciones del personal médico en Chile

Como el sueldo es una variable importante a la hora de atraer al personal, vale la pena analizar cuán atractivos son los salarios de los médicos en Chile. En términos relativos al resto de los trabajadores del país, los médicos son bien remunerados. De acuerdo a datos de la OCDE¹⁰, en Chile un médico general gana, en promedio, 2,6 veces lo que gana un trabajador promedio. Acorde a su mayor formación y escasez relativa¹¹, un médico especialista gana, en promedio, 4,4 veces lo que gana un trabajador promedio.

Estas cifras están muy por sobre las que muestran el resto de los países de la OCDE y dejan a Chile solo por detrás de Hungría respecto a los países donde los médicos generales y especialistas reciben mejores salarios en relación al resto de los trabajadores de sus respectivos países (ver gráfico N°3).

En el caso del personal no médico, como las enfermeras, este patrón se repite: junto con México y Costa Rica, en Chile reciben los mejores sueldos relativos dentro de los países de la OCDE.

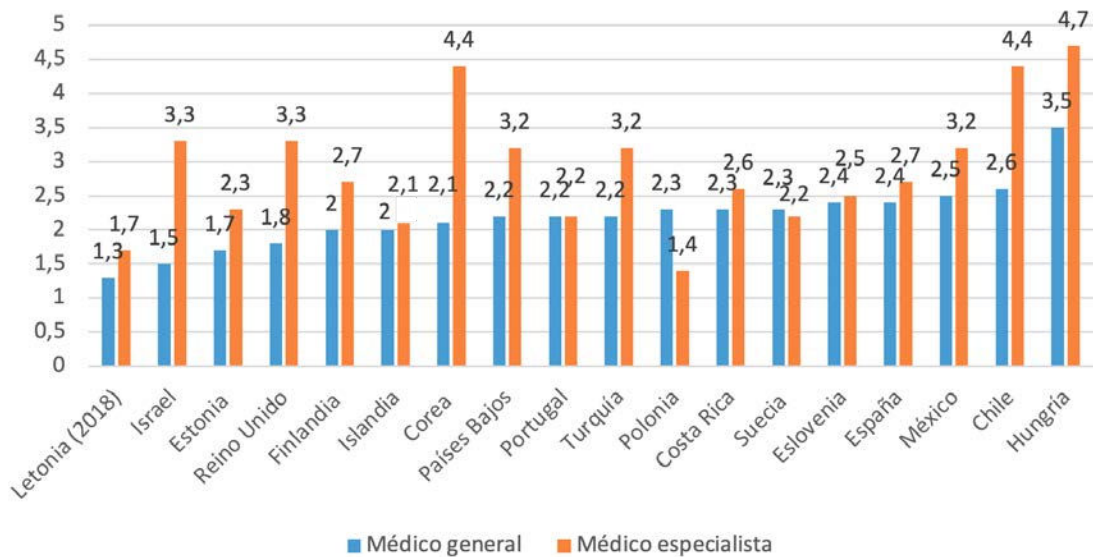
Estas cifras dan cuenta que, en términos generales, el nivel de los salarios para desempeñarse en el sector salud son atractivos si se comparan con otros sectores de la economía. De este modo, existen condiciones laborales suficientes para atraer a distintas personas para desarrollar sus carreras en el área médica. Si bien la cantidad de médicos por cada mil habitantes

9. Que entregan atención de salud primaria en sectores donde la mayoría de los pacientes son de bajos ingresos.

10. Las comparaciones de esta sección se basan en los datos de Health at a Glance 2023 (OECD).

11. El alto premio salarial de los médicos especialistas es también un reflejo de escasez, algo que también reflejan las comparaciones con los países de la OCDE. En Chile la proporción de médicos especialistas llega al 51% del total de médicos, por debajo del 64% del promedio de los países que pertenecen al organismo.

Gráfico 3 Salarios de los médicos relativos al salario promedio de la población (2021 o último año disponible)



Nota: considera solo médicos asalariados.

Fuente: Health at a Glance 2023.

está por debajo del promedio de la OCDE (2,9 versus 3,7) ese indicador está en niveles similares a las de otros países como Canadá (2,8), EE.UU. (2,7), Japón (2,6) o Corea del Sur (2,6). Adicionalmente, en los últimos años Chile ha disminuido significativamente la brecha respecto al número de doctores cada mil habitantes que mantenía con el promedio de los países más desarrollados. De hecho, entre 2011 y 2021 dicha diferencia se redujo a la mitad.

Pese a que en términos salariales y en comparación con el resto del mundo, el personal médico parece estar recibiendo las señales salariales adecuadas, es claro que Chile presenta un problema de productividad en la salud estatal. Una posible explicación es que los incentivos al buen desempeño a los que están sujetos los médicos sean débiles.

El problema de los médicos especialistas

Del total de 2,6 millones de personas que esperaban por atención médica en la salud estatal a septiembre de 2024, más de 2,1 millones (84% del total) correspondía a consultas de especialidad médica cuyo tiempo de espera promedio alcanza los 368 días.

Parte de la explicación de esta falta de oportunidad en la atención se debe a la escasez de médicos especialistas y a la forma en que ellos están distribuidos en el territorio nacional. De acuerdo a la Superintendencia de Salud* en Chile hay casi 35 mil médicos especialistas y solo un 9% de ellos se desempeña a tiempo completo en la salud estatal (en jornada completa equivalente dicho porcentaje no alcanza el 30%). Por ejemplo, en la

Región Metropolitana existe una tasa de 2,46 médicos especialistas por cada mil habitantes. En cambio, en las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, O'Higgins, Maule y Ñuble hay menos de un especialista por cada mil habitantes.

Avanzar en la formación de especialistas y en cómo incentivarlos a permanecer en la salud estatal y en regiones, es un desafío que debe abordarse. Pero, como ha reconocido la Dirección de Presupuestos, cuantificar el déficit de médicos especialistas es una “temática muy dinámica y de difícil cuantificación y proyección”**. En este sentido, no hay un diagnóstico preciso de las necesidades de especialistas ni las especialidades más requeridas, cuestión que es fundamental para tomar medidas que permitan hacerse cargo del principal problema de las listas de espera.

* Caracterización de las Especialidades Médicas en Chile 2022. Documento de Trabajo. Departamento de Estudios y Desarrollo Superintendencia de Salud, julio 2023¹².

** Informe Final de Evaluación Programas Gubernamentales (EPG). Plan de ingreso, formación y retención de especialistas en el sector público de salud. Dirección de Presupuestos. Enero – Agosto 2018.

B. Estructura de las remuneraciones del personal médico en Chile

Así como en el resto de las profesiones, los incentivos dentro de la carrera médica son relevantes, ya que tienen un impacto significativo en la calidad de la atención que brindan y en la productividad de los recintos hospitalarios. En este sentido, estudios demuestran cómo la percepción de una pronunciada progresión laboral basada en el mérito de los funcionarios de salud está relacionada con aumentos significativos en la productividad (Deserrano y Leon-Ciliotta, 2022).

Por otro lado, estudios para el Reino Unido (Propper y Van Reenen, 2010) indican que la regulación salarial de las enfermeras del *National Health Service* (NHS) -que establece los sueldos de todo el personal y que tiene poca diferenciación a nivel de las distintas regiones de Reino Unido- está asociado con mayor mortalidad de pacientes y menor productividad hospitalaria. El estudio muestra

que la rigidez salarial del NHS hace difícil diferenciar salarios a nivel de las distintas regiones y produce importantes diferencias entre los sueldos que ofrece el NHS y las personas que no trabajan para él (por ejemplo, enfermeras que se desempeñan en asilos de ancianos). Así, se asocia que a mayores sueldos fuera del NHS es mayor la posibilidad de muerte de pacientes ingresados por ataques cardíacos debido a la peor calidad de los hospitales cuyos salarios están por debajo de los sueldos de mercado. Además, mayores sueldos fuera del NHS, tienden a disminuir la productividad de los hospitales, esto debido a que los recintos del NHS tienen más dificultad para retener al personal más calificado y a la menor *performance* del personal del NHS cuando los sueldos de mercado son mayores a los que ellos reciben.

En el caso chileno, las relaciones laborales de los profesionales de la salud en el sector público se rigen por una serie de leyes. De esta forma, el ingreso, carrera, sueldos y salida de los médicos-cirujanos, farmacéuticos o quí-

12. Disponible en https://www.superdesalud.gob.cl/documentacion/666/articles-26547_recurso_1.pdf

mico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas (que la ley agrupa bajo el concepto de “profesionales funcionarios”) está normado. Esta regulación establece que, pese a ciertas excepciones, el ingreso a la carrera siempre será por concurso (puede ser abierto o únicamente para los funcionarios del Servicio de Salud respectivo). Las remuneraciones están reguladas a través de una serie de asignaciones (que se detallarán a continuación) y, adicionalmente, los funcionarios de la salud gozan de una serie de beneficios que no son usuales en otros contextos.

Por ejemplo, si en un Servicio de Salud se suprime un cargo, la persona que lo utilizaba tiene el derecho a ser reincorporado en otro empleo y mantener su remuneración. Asimismo, debe “guardárseles el puesto” a quienes opten por un cargo de representación popular. Finalmente, se encuentran normados también los beneficios que tiene el personal médico mientras realiza labores de especialización, fundamentalmente el mantener sus salarios durante sus estudios.

i. Incentivos monetarios

La Ley N° 19.664 establece que los contratos de los “profesionales funcionarios” se rige por dicho cuerpo legal y en lo que no esté contenido en él, por el Estatuto Médico (DFL N°1 de 2001 del Ministerio de Salud que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°15.076).

Dicho estatuto define que la contratación del personal médico en el sector estatal puede ser por jornada completa o parcial (de 11, 22 o 33 horas semanales) y los sueldos base asociados a cada una de esas jornadas están fijados por ley.

A partir de ahí, la Ley N° 19.664 define los componentes de las remuneraciones de quienes se desempeñen en los Servicios de Salud. Ellas se dividen entre remuneraciones permanentes y transitorias. Dentro de las primeras, se encuentran:

1. el sueldo base, sobre el cual se calcula el resto de las asignaciones;

2. la asignación por antigüedad que se concede en base a trienios, que pueden incrementar el sueldo base en hasta un 72% luego de 39 años de servicio (ver anexo A2);

3. la asignación por experiencia calificada, que puede incrementar el sueldo base en hasta un 102%. Para acceder a ella los profesionales deberán someterse a un sistema de acreditación cada nueve años;

4. la asignación de reforzamiento profesional diurno, que incentiva el desempeño de los profesionales de la salud en dicho horario con alzas del sueldo base de hasta 108%;

5. la asignación de permanencia para especialistas y subespecialistas que busca retener a ese tipo de profesionales con alzas de hasta el 40% del sueldo base.

Como se ve, gran parte de estas asignaciones no tienen relación con la *performance* del personal, sino que incentivan la permanencia y el ejercicio en los hospitales del Estado. Ello es necesario, pero no suficiente para lograr un sistema de salud eficiente. Es por esto que, además, existe una serie de remuneraciones transitorias, es decir, que se entregan como incentivo cuando el profesional se encuentra en una determinada circunstancia o función.

Entre estas se encuentran:

6. la asignación de responsabilidad que busca reconocer a los funcionarios que ejercen funciones de dirección, coordinación o supervisión. Esta puede alcanzar hasta el 130% del sueldo base;

7. la asignación de estímulo que incentiva a profesionales que se desempeñan en actividades (debido a su especialización o competencia), lugares (zonas aisladas) o condiciones (horario) especiales, pudiendo significar un ingreso de hasta el 180% del sueldo base;

8. la bonificación por desempeño individual que premia el desempeño del 30% de personal mejor calificado de cada establecimiento. Este beneficio alcanza a un monto de 10% que es la suma entre el

suelo base, la asignación de antigüedad y la asignación de experiencia calificada para la mitad de los “profesionales funcionarios” mejor evaluados y de 5% de las mencionadas asignaciones para el resto de los funcionarios de buen desempeño;

9. la bonificación por desempeño colectivo que implica una bonificación de 10% que es la suma entre el sueldo base, la asignación de antigüedad y la asignación de experiencia calificada para los equipos de establecimientos que hayan logrado las metas previamente acordadas con su respectivo Servicio de Salud.

A ellas se suman otros pagos que, como porcentaje total de las remuneraciones, son menores como asignaciones por horas extraordinarias, asignación de zona, aguinaldos y bonos especiales entregados en las leyes de reajuste de los funcionarios del sector público, entre otros.

De las nueve asignaciones principales arriba listadas, solo las dos últimas tienen un componente de desempeño. Además, su importancia a nivel del total de las remuneraciones que reciben los funcionarios significa un porcentaje muy poco significativo. Mención aparte es la calidad de las evaluaciones de desempeño para los funcionarios que trabajan en el Estado, donde pareciera que las remuneraciones variables asociadas a ellas no se perciben como tales, sino como un derecho adquirido, y los incentivos monetarios, tal como están diseñados, no tienen un impacto en la mejora de la gestión pública (CSP - U. de Chile, 2016). Si bien los mecanismos de incentivo al desempeño establecidos en la Ley N°19.664 no corresponden a los mismos que evalúa el citado estudio, no es descartable que parte de los problemas sí estén presentes en las asignaciones que reciben los funcionarios de la salud.

Por otro lado, si bien algunas de dichas asignaciones incentivan conductas deseables y son definidas de manera descentralizada por los superiores jerárquicos de quienes las reciben, no están relacionadas necesariamente con una mayor productividad de los profesionales involucrados.

En efecto, al revisar cómo se estructuran los salarios de los “profesionales funcionarios” del país durante el periodo 2018 – 2023, en base a información obtenida vía Ley de Transparencia, se observa, en primer lugar, una fuerte inercia en la evolución de cómo se descomponen los sueldos de los “profesionales funcionarios” en los últimos años.

Por otro lado, da cuenta de que el sueldo base, la asignación de reforzamiento profesional, la asignación por antigüedad y la asignación por experiencia calificada, representan cerca del 63% del sueldo de estos profesionales. Sin embargo, como se mencionó, no buscan incentivar conductas específicas ni tampoco varían de acuerdo al desempeño de los funcionarios. Por su parte, las asignaciones que buscan incentivar conductas como la de permanencia, responsabilidad y estímulo, suman aproximadamente un 27%. Finalmente, las asignaciones que van directamente a premiar desempeño no superan el 2% de las remuneraciones, ya sea bajo estímulos individuales o colectivos, una proporción a todas luces irrelevante (ver tabla N°3).

Lo anterior es preocupante, ya que pareciera ser que la productividad es uno de los principales problemas del sistema de salud estatal y, al menos desde el punto de vista salarial, no parecen haber mecanismos para incentivarla.

Es importante destacar que la asignación por experiencia calificada, la de responsabilidad, la de estímulo, dependen de la decisión de los directores de los respectivos Servicios de Salud. Lo mismo sucede con la bonificación de desempeño individual, ya que la evaluación está en manos de cada Servicio de Salud, y con bonificación de desempeño colectivo, ya que la autoridad que fija las metas a superar es la dirección del Servicio de Salud. Sin embargo, como se analizó anteriormente, la designación y permanencia de estas autoridades está mostrando signos preocupantes, lo que puede afectar el potencial de dichos incentivos.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que la legislación permite que médicos y otros profesionales sanitarios contraen sus servicios con los mismos Servicios de Salud fuera

Tabla 3 Proporción del gasto en personal de los Servicios de Salud según el componente del salario*

Área	Asignación	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Vinculadas al título y la antigüedad	Sueldo base (art. 29)	28,4%	26,5%	26,5%	26,5%	26,3%	25,5%
	Asignación antigüedad (art. 30)	9,6%	9,7%	9,9%	10,2%	10,2%	9,9%
	Asignación de experiencia calificada (art. 32)	7,8%	7,8%	7,6%	8,0%	8,0%	7,7%
	Asignación reforzamiento profesional (art. 33)	18,6%	18,8%	18,9%	19,3%	19,4%	19,0%
Vinculadas a incentivar conductas deseables	Asignación permanencia (art. 33 bis)	5,0%	5,1%	5,3%	5,4%	5,3%	5,3%
	Asignación de responsabilidad (art. 34)	1,8%	1,7%	1,6%	1,6%	1,6%	1,5%
	Asignación de estímulo (art. 35)	19,6%	20,1%	20,3%	19,3%	19,5%	20,2%
Vinculadas a incentivar desempeño	Bonificación desempeño individual (art. 36)	0,9%	0,8%	1,0%	0,9%	1,0%	0,8%
	Bonificación desempeño colectivo (art. 37)	0,3%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
	Subtotal	91,9%	91,0%	91,8%	91,8%	92,0%	90,5%
	Otros	8,1%	9,0%	8,2%	8,2%	8,0%	9,5%
	Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia en base a Ley de Transparencia.

*Ver nota metodológica en Anexos.

del horario que tienen contratado como funcionarios del Estado. Estos contratos se realizan vía honorarios pactados con el Director del respectivo Servicio de Salud y deben ser autorizados por el respectivo Secretario Regional Ministerial (Ley N° 19.664, artículo 24). Si bien en ese tipo de contratos sí hay incentivos a la productividad (se paga por prestación realizada), estos se pagan a los funcionarios públicos en su calidad de agentes privados y no en razón de las horas que tienen contratadas con el Estado y, por lo tanto, no son parte de los datos mencionados en el tabla N°3.

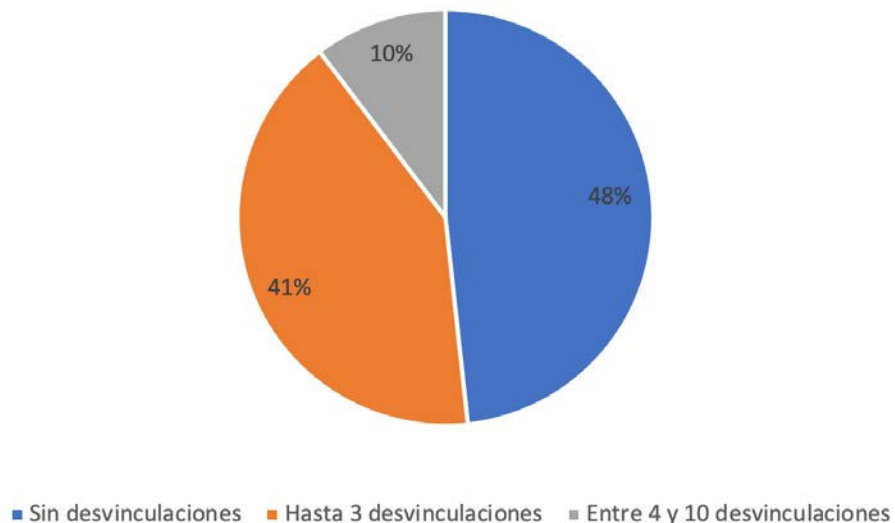
ii. Sanciones por mal desempeño

Si por el lado de los incentivos monetarios no hay muchos estímulos al buen desempeño, las sanciones asociadas a un mal desempeño tampoco son relevantes. Siguiendo lo establecido en el Estatuto Médico (DFL N°1 de 2001 del Ministerio de Salud que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°15.076, que también

aplica para los profesionales funcionarios regidos por la Ley 19.664), los servicios de salud anualmente califican al personal que en ellos se desempeñan. Quienes sean calificados en lista 4 “de eliminación” o dos veces en lista 3 “condicional” deben ser despedidos. Sin embargo, en la práctica ese tipo de sanciones es muy poco común.

De acuerdo a información obtenida a través de la Ley de Transparencia, prácticamente la mitad de los Servicios de Salud no han despedido a profesionales del sector salud por mal desempeño entre los años 2018 y 2023 y, en los casos que se han tomado ese tipo de medidas, afectan a un porcentaje muy menor (ver gráfico N°4 y tabla N°4). En efecto, durante los seis años mencionados se informaron 40 despidos, es decir, un promedio de menos de 7 despidos por año que implicó desvinculaciones en 15 de los 29 Servicios de Salud. A modo de referencia, el total de profesionales funcionarios contratados bajo la Ley N° 19.664 en 2023 era de poco más de 29 mil personas.

Gráfico 4 Servicio de Salud según el número de desvinculaciones 2018 – 2023



Fuente: elaboración propia en base a información obtenida vía Ley de Transparencia.

Tabla 4 Número de funcionarios despidos por mal desempeño por Servicio de Salud 2018 – 2023

2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
3	8	7	5	10	6	40

Nota: el Servicio de Salud de O'Higgins reportó un despido, pero sin identificar el año, por lo que los despidos anuales suman 39 personas.

Fuente: elaboración propia en base a información obtenida vía Ley de Transparencia.

Si bien la baja probabilidad de ser despedido por mal desempeño podría ser reflejo de que todos los funcionarios presentan un buen desempeño (o que no se pueden ejercer sanciones por la falta de médicos en algunas áreas), la evidencia mencionada más arriba parece indicar que la razón está, tal como en el caso de las asignaciones, en que quienes toman las decisiones de calificación -los Servicios

de Salud- no parecieran tener los incentivos para gestionar correctamente un factor clave, como es el personal médico de los recintos que tienen a su cargo, ya que la permanencia en sus cargos parece responder a los ciclos políticos más que al desempeño de los Servicios de Salud que lideran.

REFLEXIONES FINALES

Los datos presentados en este informe dan cuenta de una cadena de bajos incentivos a la buena gestión de los hospitales del Estado, desde la máxima autoridad, el director del Servicio de Salud, cuya permanencia no parece depender de su capacidad de gestión, sino de la afinidad con el gobierno de turno. Ello provoca que dichas autoridades permanezcan un periodo demasiado acotado en sus cargos lo que influye en la permanencia de los directores de hospitales, de quienes dependen jerárquicamente. Los directores de hospitales también tienen una baja duración en sus cargos y así se hace difícil consolidar equipos médicos y de gestión que puedan implementar procesos que mejoren la productividad de los recintos hospitalarios.

Por su parte, los médicos de los hospitales estatales no tienen un marco de incentivos adecuado: si bien el nivel de sus salarios es alto en términos comparativos, estos no están asociados a productividad. En tanto, los pagos por desempeño son escasos y, además, prácticamente nadie es despedido por una mala evaluación.

En un contexto institucional como el descrito, con alta rotación de jefaturas, bajos incentivos al desempeño y un

componente político en las decisiones de designación de las jefaturas de los servicios de salud, es improbable que se den dinámicas de alta productividad en los hospitales del Estado. Esto es un problema que repercute en la eficiencia con que se gastan los cuantiosos recursos públicos que se destinan a la salud y porque la baja productividad se traduce en la falta de oportunidad de la atención a las personas (listas de espera).

Es por ello que debe avanzarse en las propuestas que han realizado diferentes instancias técnicas. Por ejemplo, el Informe del Comité Técnico de Reforma del Sector Salud convocado por la Comisión de Salud del Senado, cuyos resultados se conocieron en noviembre de 2023 y que proponía “modernizar sus formas de remuneración, compensación salarial, y carrera que permitan vinculaciones claras con el desempeño y productividad” y “mejorar el sistema de evaluación de desempeño y de incentivos relacionados”¹³.

Los datos presentados en este documento demuestran que ello es una tarea urgente para mejorar la eficiencia de la salud estatal.

13. Ver el informe final en <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/91289/1/Informe%20del%20Comit%C3%A9%20T%C3%A9cnico%20de%20Reforma%20del%20Sector%20Salud.pdf>

ANEXOS

Tabla A1 Porcentaje que significa el gasto en personal sobre el total de gastos de los Servicios de Salud para el año 2024 (millones de pesos)

Servicio de Salud	Gasto en Personal	Total Gastos	Porcentaje del Gasto en Personal
Arica y Parinacota	69.018	145.137	48%
Tarapacá	123.241	234.148	53%
Antofagasta	169.467	334.593	51%
Atacama	86.044	173.934	49%
Coquimbo	203.796	432.496	47%
Valparaíso – San Antonio	154.329	315.951	49%
Viña del Mar – Quillota	233.640	507.921	46%
Aconcagua	86.623	170.092	51%
O'Higgins	182.398	442.364	41%
Maule	253.695	620.088	41%
Ñuble	134.293	288.264	47%
Concepción	206.046	412.894	50%
Talcahuano	115.075	248.529	46%
Biobío	121.941	270.004	45%
Arauco	67.232	116.251	58%
Araucanía Norte	107.812	180.430	60%
Araucanía Sur	249.322	541.927	46%
Los Ríos	120.218	263.738	46%
Osorno	84.828	170.120	50%
Reloncaví	147.272	305.484	48%
Aysén	109.646	141.959	77%
Magallanes	100.596	173.914	58%
Metropolitano Oriente	244.882	580.107	42%
Metropolitano Central	268.315	487.880	55%
Metropolitano Sur	225.463	596.337	38%
Metropolitano Norte	191.005	427.880	45%
Metropolitano Occidente	253.304	631.847	40%
Metropolitano Sur-Oriente	324.095	773.500	42%
Chiloé	82.136	162.539	51%
Total	4.715.732	10.150.328	46%

Fuente: Ley de Presupuesto.

Tabla A2 Asignación de antigüedad

Trienio	Porcentaje de la asignación sobre el sueldo base
1	34%
2	44%
3	47%
4	50%
5	53%
6	56%
7	59%
8	62%
9	64%
10	66%
11	68%
12	70%
13	72%

Fuente: Ley 19.664, artículo 30.

NOTA METODOLÓGICA

Los datos fueron autorreportados por 27 de los 29 Servicios de Salud del país (93% del total) a través de la Ley de Transparencia. No se logró obtener información de los Servicios de Salud de Arauco y Reloncaví.

Por otro lado, y pese a que a todos los Servicios se les hizo la misma solicitud, las respuestas recibidas tuvieron diferencias en la forma de presentar la información.

Entre las diferencias que vale la pena mencionar, se encuentra que algunos Servicios de Salud informaron, además de las asignaciones solicitadas, otro tipo de asignaciones permanentes y transitorias, entre las que se encuentran bonificaciones previsionales, horas extraordinarias, aguinaldos y asignaciones especiales definidas en las leyes de presupuesto, entre otras.

Algunos Servicios de Salud informaron el “total de remuneraciones” como la suma de las nueve asignaciones por

las que se solicitó información y otros incluyeron, además, las asignaciones mencionadas en el párrafo anterior, ya sea explícitamente o como “otras asignaciones”. Esto sucedió en 12 de los 27 Servicios de Salud de los cuales se contó con información. En ellos las nueve asignaciones presentadas en la tabla N°3 correspondieron al 82,2% de las remuneraciones pagadas en el periodo estudiado. Para efectos de calcular la proporción de gasto asignado a cada tipo de asignación, se utilizó, en caso de contar con la información, el total de remuneraciones considerando todo tipo de asignaciones, para relevar la importancia de esas asignaciones sobre el total de ingresos de los “profesionales funcionarios”.

En la mayoría de los casos, los Servicios de Salud entregaron la información agregada sobre los profesionales funcionarios que se desempeñan en el propio Servicio de Salud, así como en los recintos médicos bajo su administración. En aquellos casos en que se recibió la información de manera desagregada, o bien, hospitales informaron de manera independiente a su Servicio de Salud, la información fue consolidada por el autor.

Hubo casos, entre los Servicios de Salud que sí entregaron la información requerida, donde no se contó con toda la información o esta fue parcial. Por ejemplo, el Servicio de Salud de Viña del Mar – Quillota no informó sobre los datos del año 2018; del Servicio de Salud de O'Higgins llegaron dos reportes que no eran totalmente coincidentes (se utilizó la última información recibida); en el Servicio de Salud Metropolitano Central no se obtuvo información sobre el Hospital de Urgencia Asistencia Pública; en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, el Hospital de Til Til no contaba con información sobre algunas de las asignaciones solicitadas, ni se recibió la información del Hospital San José.

Con todo, el autor estima que lo anterior no cambia las conclusiones contenidas en este informe.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Barrientos, R. y Velasco, C. (2022), ¿Cómo se usan los pabellones quirúrgicos en Chile? Radiografía al sector estatal de salud. IPSUSS, Documento de Trabajo N° 1, Noviembre.
- Biasi, B. (2021). The Labor Market for Teachers under Different Pay Schemes. *American Economic Journal: Economic Policy* 2021, 13(3): 63–102.
- Cadena, B. y Smith, A. (2019). Performance Pay and Productivity in Health Care: Evidence from Community Health Centers. IZA DP No. 12586. IZA Institute for Labor Economics.
- Centro de Sistemas Públicos del Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile (2016). Estudio de Diseño e Implementación de los Incentivos Institucionales del Sector Público.
- Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (2020). Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica no GES.
- Deserranno, Erika y León-Ciliotta, Gianmarco. Promotions and Productivity: The Role of Meritocracy and Pay Progression in the Public Sector (February 2021). CEPR Discussion Paper No. DP15837.
- Dipres, 2018. Informe Final de Evaluación. Evaluación Programas Gubernamentales. Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud. Enero-Agosto 2018.
- Eguiguren, P. y Dussailant, S. (2023). Eficiencia de los hospitales estatales en Chile: Análisis DEA. Libertad y Desarrollo. Serie de Informe Económico N°311, Octubre.
- Lin, TK., Werner, K., Witter, S., Alluhidan, M., Alghath, T., Hamza, M., Herbst, C. y Alazemi, N. (2022). Individual performance-based incentives for health care workers in Organisation for Economic Co-operation and Development member countries: a systematic literature review. *Health Policy*, Volume 126, Issue 6, Junio 2022.
- Otero, C. y Muñoz, P. (2022). Managers and Public Hospital Performance. Job Market Working Paper. Versión 26 de diciembre de 2022.
- Propper, C. y Van Reenen, J. (2010). Can Pay Regulation Kill? Panel Data Evidence on the Effect of Labor Markets on Hospital Performance. *Journal of Political Economy*, Vol. 118. No. 2 (Abril).
- Rodríguez, J. y Tokman, M. (2000). Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999. Unidad de Estudios Especiales Secretaría Ejecutiva, CEPAL.
- Sánchez, H. e Inostroza, M. (2024). El desafío de la Productividad Hospitalaria y la atención de pacientes en el Sistema de Salud Pública de Chile. Instituto de Salud Pública UNAB. Informe 5, Noviembre.