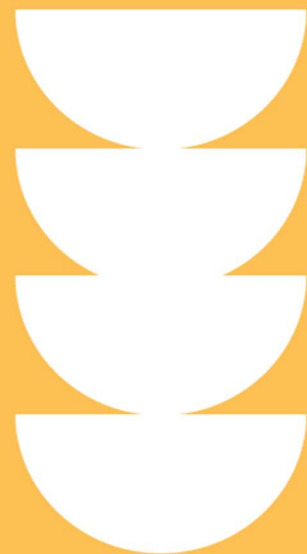


Propuestas Para Que Chile Vuelva A Volar



Desafío y Soluciones en Salud:

para el 84% de la
Población

 **Democracia
Y Progreso**

Dr. Manuel Inostroza P.

Desafíos y soluciones en Salud: para el 84% de chilenos que están en FONASA

Dr. Manuel Inostroza Palma¹

Introducción

“No
necesitamos
más
hospitales,
se requiere
que los que
existen
funcionen”

Cuando se habla de los problemas que, a pesar de nuestros avances, siguen experimentando a diario millones de chilenos con el sistema de salud, normalmente recurrimos a propuestas de cambio o reformas que se ven seducidas por planteamientos en la gobernanza o rectoría, es decir, de las supraestructuras del ámbito regulatorio a lo que se suman propuestas sobre el fortalecimiento de FONASA y sus fuentes de financiamiento y por cierto del destino final de las ISAPREs, pero escasamente le damos espacio a propuestas en el ámbito de los hospitales públicos, ahí donde se invierte la mayor parte del presupuesto sectorial y donde debieran atenderse la mayor parte de los chilenos, en especial los más pobres y vulnerables.

Sin embargo, ya sea por sus enormes dificultades técnicas y por sus complejas consecuencias políticas, en especial ante la enorme fronda de asociaciones gremiales existentes, terminamos ignorándolas en el debate público y por ende olvidando a todos quienes sufren las consecuencias de su postergación. Es por esta razón que esta propuesta se concentra en los hospitales públicos ya que por lo demás en cualquiera de las opciones de reforma que se han sostenido por los diferentes partidos o alianzas políticas, los hospitales seguirán existiendo y los chilenos se merecen mejores soluciones.

¹ Médico Cirujano de la Universidad de Chile. Máster en Salud Pública Johns Hopkins University. Ex Superintendente de Salud y actualmente académico de salud pública de la Universidad Andrés Bello. Con aportes y sugerencias hechas por los miembros de la comisión de salud del partido movimiento amarillos por Chile.



Desafíos sanitarios que presionan a los hospitales públicos

Desde una perspectiva sanitaria²: el informe sobre el Estudio de la Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo “GBD 2021” (GBD: por sus siglas en inglés Global Burden of Disease), que reporta la carga mundial de 371 enfermedades y lesiones en 204 países y territorios, entre los años 1990-2021, entre ellos Chile, provee datos interesantes. Al analizar las causas de muerte de los chilenos, el estudio identificó que el número de muertes aumentó de 95.676 a 133.961 entre los años 2011 y 2021. De estas, el 63,6% ocurrieron en personas de 70 años o más en el 2021. Al analizar la mortalidad causada por los tres grandes grupos de enfermedades en población general, para el año 2021 las enfermedades no transmisibles (ENT) fueron la principal causa de muerte, con 91.397 defunciones, lo que corresponde a 68,23% del total de muertes; seguidas de las muertes causadas por las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales (ETMNN), (n = 34.721; 25,92%), y por último las muertes por lesiones (n = 7.827; 5,84%).

Al analizar las muertes en Chile en los últimos 10 años (2011-2021) según grupos de patologías, se destaca que las muertes ocasionadas por cáncer representaban el 27,01% en el 2011 (n=25.840), constituyendo la primera causa de muerte en nuestro país, seguida por las muertes ocasionadas por enfermedades cardiovasculares (ECV), con un 26,8% (n=25.639), y por enfermedades digestivas con un porcentaje mucho menor (7,29%; n=6.977).

Otro indicador epidemiológico considerado en este reporte del GBD-2021 fueron los años de vida vividos con discapacidad (DALYs). Se estimó que en el 2021 hubo 5.364.908 DALYs, de los cuales 72,97% correspondió al grupo de ENT, seguido por el grupo ETMNN (16,97%) y finalmente por el grupo de lesiones (10,03%). Al revisar las patologías con mayor DALYs en Chile en el año 2021, se destacan las enfermedades respiratorias, el cáncer, los trastornos músculo esqueléticos, y las cardiovasculares, los cuales, con excepción del primero, siguen ocupando los primeros lugares en el ranking en relación con el año 2011.

² Martínez-Sanguinetti, María Adela, Leiva-Ordoñez, Ana María, Petermann-Rocha, Fanny, & Celis-Morales, Carlos. (2021). ¿Cómo ha cambiado el perfil epidemiológico en Chile en los últimos 10 años?. *Revista Médica de Chile*, 149(1), 149-152. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872021000100149>

En consecuencia, Chile se encuentra experimentando un cambio en su perfil epidemiológico que algunos autores³ califican como la cuarta fase de la transición, caracterizado por el predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, con alta prevalencia de cáncer junto con el avance de enfermedades neurológica-degenerativas y con la reemergencia de algunas enfermedades infecciosas.

Por todos estos datos y antecedentes parece fundamental que como sociedad y en especial como Sistema de Salud nos aboquemos a enfrentar lo que implican estos enormes desafíos sanitarios, focalizándose en seis objetivos:

1. reducir los efectos de la multimorbilidad y mortalidad asociada a enfermedades crónicas cardiovasculares, cánceres y salud mental, articulando de mejor manera la inversión en un modelo de atención efectivamente más promocional y preventivo, que utiliza como eje la atención primaria para coordinarse mejor con los otros niveles de atención, donde se dan las atenciones curativas más complejas y de rehabilitación, avanzando hacia una salud personalizada y con capacidad de disminuir las excesivas listas y tiempos de espera del sector público.
2. desde la promoción de la salud y una mejor calidad de vida así como de la prevención de la enfermedad, aumentar la prevalencia de los principales factores protectores de la salud y reducir los principales factores de riesgo de la población del país: malnutrición, sedentarismo y tabaquismo, a través de acciones intersectoriales dirigidas a regular el mercado y a modificar las conductas, incluyendo las de consumo y productivas, con énfasis en incentivos económicos y cambios conductuales, que se hagan cargo de nuestra diversidad étnica, migratoria, de género y cultural, pero que nos permitan desarrollar una salud pública de precisión al mismo tiempo que fortalecemos su institucionalidad para mejorar las condiciones de vida de los chilenos, superando sus inequidades estructurales en los determinantes sociales (empleo, educación, vivienda, medio ambiente entre otros) que impactan en salud.
3. mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, extendiendo la cobertura de la atención a la población de adultos mayores, particularmente de aquellas acciones más costo-efectivas, y desarrollar las capacidades para entregarles cuidados de largo plazo, que generen un envejecimiento más autónomo, activo y saludable.

³ Dr. Fernando Vio del Río, Profesor Titular, INTA - Universidad de Chile, <https://inta.uchile.cl/noticias/214951/el-nuevo-escenario-epidemiologico-en-chile>.



4. sin dejar de consolidar los avances realizados por el país en atención materno-infantil y enfermedades inmuno-prevenibles, debemos ampliar ahora nuestra capacidad de intervención en los jóvenes de hoy, afectados por temas de salud mental, suicidios, abuso de alcohol, drogas y problemas en su salud sexual y reproductiva. El desafío en este grupo es que cuando más parecen alejarse del contacto con el sistema de salud por su menor morbilidad general, más necesitamos influir en ellos con estrategias de promoción de estilos de vida saludable que nos permitan prevenir enfermedades crónicas en su adultez.
5. mejorar la capacidad de resiliencia y respuesta de nuestro Sistema de Salud ante los efectos del cambio climático y la generación de pandemias, enfermedades reemergentes, emergencias y catástrofes. En otras palabras, al desarrollo de un sistema de salud con capacidad de absorber perturbaciones, prevenir, responder y recuperarse brindando la prestación oportuna de los servicios necesarios para su población, y
6. con la ayuda de la transformación digital, adoptar un enfoque de salud centrado en las personas que permita hacer que los individuos, las familias y sus comunidades, compartan sus datos y coparticipen de las decisiones, no solo junto a los médicos, sino que también junto a otros profesionales y así se hagan corresponsables de su salud, participen activamente en el proceso de fomento y prevención, así como en el de atención y apoyen el control en el cumplimiento de las garantías de atención de la seguridad social, del trato digno y de calidad por parte de los prestadores y proveedores.

Un país con un sistema de salud público a la altura de las expectativas de los chilenos

Dado los desafíos sanitarios expuestos y que la población cubierta por FONASA llegó el año 2024 a 16.752.189 personas (84%), se requiere como condición para poder enfrentarlos adecuadamente, de una reforma organizacional y estructural de nuestro sistema público de salud, en particular de los hospitales públicos, que supere las soluciones incompletas

y puntuales que se han planteado hasta ahora frente a problemas específicos⁴ y que no satisfacen las necesidades de la gente.

Sugiero las siguientes cinco tareas que se deben acometer:

1. romper la lógica de un “sistema de salud público colapsado y agotado” basado en un modelo de atención que genera experiencias de acceso y calidad de atención deficitarias para los servicios que la población más pobre y vulnerable necesita y demanda. Es urgente entonces generar un marco regulatorio para la gran mayoría de los chilenos que hoy está en FONASA: “Un país con un sistema de salud pública a la altura de las expectativas de los chilenos”.
2. desde la perspectiva del derecho a la salud y la posibilidad de una garantía efectiva de cumplimiento, resolver las discriminaciones y desigualdades en el trato y acceso de la población al sistema de salud y su cobertura, las que aún están determinadas por su condición social y económica.
3. integrar, descentralizar y universalizar de manera efectiva el sistema de salud público para que dé cuenta de la diversidad social, cultural, de género y regional o geográfica. Para lo cual se requiere una mejor política y de distribución de recursos humanos, una estrategia nacional y local de transformación digital, una nueva política de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias y el reforzamiento del Plan de Inversión e Infraestructura⁵.
4. continuar aumentando los recursos que el país aporta al sistema de salud público, con el fin de lograr un plan de beneficios suficientemente financiado, disminuyendo el aún enorme gasto de bolsillo (29,7%, OCDE 2023) en salud que afecta en especial a la población de FONASA; no cuando esta busca atención en una red pública, hoy 100% gratuita, sino que cuando por las listas de espera se ve empujada a atenderse en prestadores privados en los que la cobertura financiera es aún muy insuficiente (38% en promedio ambulatorio-hospitalario, Cid 2022).

⁴ Los cambios regulatorios como la Reforma del GES, ley Ricarte Soto y ley de Fármacos 1, no han logrado eliminar las inequidades producto de la segmentación de la población entre el FONASA y las ISAPREs. En especial el 84% de los chilenos que hoy está en FONASA requieren de un plan de beneficios más completo y robusto junto con una reforma a la gestión de los hospitales y de la atención primaria municipal, para corregir los déficits de cobertura, para bajar el gasto de bolsillo y disminuir los tiempos y listas de espera en las patologías NO GES.

⁵ Este Plan de inversiones en infraestructura y equipamiento ha sido impulsado desde el Ministerio de Salud desde el año 2006 en adelante con rangos de recursos anuales que han oscilado entre los quinientos a mil millones de dólares, dependiendo de la capacidad de ejecución y disponibilidad de recursos del presupuesto nacional. En la actualidad (presupuesto 2025) implica la ejecución del orden de 755 millones de dólares en diversas iniciativas de inversión hospitalaria y de atención primaria.

5. liderar una verdadera revolución de la eficiencia, productividad y calidad de la atención en los hospitales públicos chilenos, orientándolos al diseño y entrega de soluciones que agreguen valor a las personas y sus comunidades. Y que al mismo tiempo optimicen los recursos financieros siempre escasos, en especial ahora que el FONASA está desarrollando estrategias de mayor profundidad en la compra a prestadores privados: licitaciones de resolución de listas de espera, nueva modalidad de cobertura complementaria (MCC) y nuevo sistema de atención priorizada en patologías catastróficas (SAP MAI y SAP MLE); con el fin de evitar que por los altos costos fijos de los hospitales públicos el Estado termine pagando dos veces por las atenciones de los pacientes del FONASA.

Con todo hasta ahora, Chile no ha podido lograr en los últimos 34 años avanzar en una reforma estructural de los hospitales públicos por la falta de un pacto o acuerdo nacional, que involucre también a los funcionarios y profesionales de la salud para cuidar mejor la salud y la vida de la gran mayoría de los chilenos.

Aparente recuperación productiva de los hospitales públicos

Y aunque todos los desafíos descritos previamente siguen más presentes que nunca hemos debido enfrentar también los efectos vividos por la Pandemia del COVID19, buscando que nuestro sistema de salud sea de verdad más resiliente, es decir, con la capacidad de que las instituciones, pacientes y sus más diversos actores puedan aprender de los problemas que lo afectaron en esta pandemia y prepararse para afrontar nuevas situaciones de crisis en el futuro y responder eficazmente a ellas.

Es un hecho que la prioridad asistencial que se dio a las atenciones por COVID19 por sobre las NO-COVID entre los años 2020, 2021 y parte del 2022, hicieron más complejo el panorama de las listas y tiempos de espera en nuestro sistema público de salud. Si tomamos como base los informes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales⁶, sobre la Glosa 06 de la ley de presupuesto, respecto de las listas de espera en los Servicios de Salud a lo largo del país, entre junio del 2019 (pre-estallido social y pandemia) y diciembre del 2024, las listas de espera para las Garantías Explícitas de Salud (GES) pasaron de 7.944 casos con un tiempo promedio de espera de 66 días,

⁶ https://www.senado.cl/senado/site/edic/base/port/oficina_presupuestos.html



a 77.107 casos con un tiempo promedio de espera de 173 días, es decir, un aumento de 770%. Respecto a las listas de espera de consultas nuevas de especialidades NO GES, pasamos de 1.926.819 a 2.601.084 casos, un aumento de 35%. Finalmente, en la lista de espera quirúrgica NO GES pasamos de 287.524 a 390.228, un aumento de 35,7%.

Como queda en evidencia el problema se hace muy crítico, lo que se supone redundará en los próximos años en pacientes con patologías crónicas con un mayor nivel de complicaciones y descompensaciones; o en patologías como el cáncer con un menor número de diagnósticos o en estadios de mayor avance y gravedad, lo que se espera genere un exceso de muertes por patologías NO-COVID y un impacto negativo pero transitorio en la esperanza de vida de la población chilena.

De hecho, un estudio⁷ titulado “estimación del impacto de la pandemia COVID19 en diagnóstico y supervivencia de cinco cánceres (Mama, Cérvico-Uterino, Colorectal, Próstata y Gástrico) en Chile de 2020 a 2030, calculó para el 2020 una reducción en el diagnóstico de 6.860 casos (-32%) pero con un rebote de aumento de diagnósticos de un 14% más el 2021 y de un 10% más para el 2022 y con un exceso de muertes para el 2024 de un 10,8%, es decir, 3.300 muertes más.

Además, aún hoy nos encontramos en los servicios de salud hospitalarios con un personal de salud agotado, con trastornos de salud mental como el síndrome de burnout o estados de stress, ansiedad y depresión, en consecuencia, con altos niveles de ausentismo laboral por licencias médicas curativas⁸, en efecto según el Ministerio de Salud en los años 2021 y 2022 se empinó a 33,9 y 34,9 días en promedio por cada funcionario y en el 2023 se mantuvo en 33,2 días promedio, lo que conspira aún y lo hará por un buen tiempo, con la posibilidad de desarrollar una gestión asistencial eficiente y de mayor productividad.

Si bien la Ley de Presupuestos desde el año 2020, bajo el gobierno del Pde. Piñera, incorporó un nuevo programa de financiamiento en la Partida 16 del Ministerio de Salud, en el capítulo correspondiente a Fonasa, que se denomina “Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado de

⁷ Ward, Z.J., Walbaum, M., Walbaum, B., Guzman, M.J., de la Jara, J.J., Nervi, B. and Atun, R., 2021. Estimating the impact of the COVID-19 pandemic on diagnosis and survival of five cancers in Chile from 2020 to 2030: a simulation-based analysis. *The Lancet Oncology*, 22(10), pp.1427-1437.

⁸<https://www.emol.com/noticias/Nacional/2024/04/15/1127854/funcionarios-salud-ausento-mes-licencias.html>



Diagnóstico (GRD)”⁹. Este nuevo mecanismo de pago¹⁰ que se aplicó a 65 hospitales y hoy bajo el gobierno del Pdte. Boric cubre a 72 hospitales de alta y mediana complejidad de la red asistencial pública, buscaba mejorar el uso de los recursos financieros y hospitalarios y permitiría alinear la gestión clínica con una asignación eficiente de los recursos públicos, ya que relaciona el gasto esperado con el nivel de actividad e incluye incentivos a mejorar el acceso y oportunidad de la atención.

Sin embargo, de acuerdo con la información publicada por el FONASA en los informes trimestrales de la Glosa 02 del Programa 05, en materia de producción hospitalaria a nivel de toda la red pública, entre los años 2019 y 2023, el último año se generó un total de 882.463 egresos hospitalarios equivalentes, lo que corresponde solo a un aumento del 7% en comparación al año 2019 (pre pandemia). Es decir, recién el año pasado hemos podido recuperar la producción que veníamos sosteniendo en períodos anuales relativamente normales. No obstante, los incrementos presupuestarios para los hospitales públicos vía GRD entre los años 2020 y 2024 han crecido un 28% en términos reales¹¹.

PRODUCCIÓN HOSPITALARIA 2019-2023			
Período	Egresos Hospitalarios	Peso Medio GRD	Egresos Equivalentes
Ene-Dic 2019	893.500	0,92	824.701
Ene-Dic 2020	705.402	1,06	747.232
Ene-Dic 2021	721.340	1,18	852.768
Ene-Dic 2022	775.028	1,06	817.655
Ene-Dic 2023	837.967	1,05	882.463
Fuente: Informe Cuarto Trimestre de Glosa 02 FONASA, Programa. Financiamiento 05 del 01/02/2024			

A mayor abundamiento en el mismo informe publicado en enero del 2024 por el FONASA sobre la implementación del programa GRD se señala: “En general se observa que los establecimientos han recuperado la producción post pandemia. No obstante, lo anterior y en un escenario de normalidad post pandemia, en el futuro grandes incrementos de producción no deben considerarse como una práctica correcta de gestión clínica u

⁹ Informe FONASA tercer trimestre, Implementación GRD Hospitales Públicos, partida 16, Capítulo 02, Programa 05 Glosas 03 – 04, Octubre 2021.

¹⁰ Los Grupos Relacionados Diagnóstico (GRD) es un mecanismo de pago y sistema de clasificación de pacientes de amplio uso mundial que permite conocer la casuística y complejidad hospitalaria, los productos y servicios finales brindados y la calidad de servicios de éstos, por tanto contribuye en forma clave en la evaluación del desempeño, más aún cuando ésta se asocia a la estructura de la facturación y costo por paciente.

¹¹ Fuente: Ley de Presupuestos, DIPRES (MM\$2024)

organización de la Red y, por el contrario, aumentos porcentuales menores de actividad pudieran ser reflejo de mejores prácticas de gestión clínica.”

Con todo, en la actualidad según diversas autoridades ministeriales de salud y actores como parlamentarios o el Colegio Médico “estamos ante la más profunda crisis hospitalaria pública de los últimos años, con un déficit presupuestario entre 600 a 900 mil millones de pesos y en consecuencia con una gran mayoría de hospitales que no cuentan con los recursos para terminar este año 2024” y por cierto agravando las consecuencias para los pacientes, en especial los más vulnerables.

Los hospitales públicos están enfermos

Problemas presupuestarios y malas prácticas de gestión conforman las 13 enfermedades principales que sufren nuestros hospitales y cuya solución pasa, en su gran mayoría, por una cuestión de gestión.

1. el presupuesto del Ministerio de Salud (MINSAL) en recursos humanos para el Sistema Nacional de Servicios de Salud y para la Atención Primaria Municipal representa el 50% de la dotación pública del Estado y presenta una estructura funcional rígida que solo incrementa costos y limita la gestión del personal.
2. se ha mantenido una opaca y mala planificación presupuestaria que parte en enero con presupuestos deficitarios (“inicial o de apertura”) y sin tramitar, entre otros aspectos, los incrementos de remuneraciones del sector público, los que se hacen efectivos recién al término del año en diciembre y en donde se termina de definir el presupuesto de “cierre o final”, con diferencias entre ambos presupuestos que oscilan entre el 24 a 26% en promedio para todos los hospitales públicos entre 2020 y 2023, considerando sólo los subtítulos 21 (recursos humanos) y 22 (bienes y servicios de consumo). Cuando estas diferencias se llevan al conjunto de todas las partidas presupuestarias del Ministerio de Salud estas diferencias oscilan en el periodo 2020 – 2024 en un 21,8% en promedio¹².
3. no se logran articular o equilibrar adecuadamente las principales dimensiones de los presupuestos hospitalarios: por un lado el

¹² Patricio Lagos y Tania Morales; El presupuesto público de salud: marco analítico para el debate de propuestas de reforma; Cuad Méd Soc. (Chile) 2024, Vol 64 N°4: 21-32



marco de gasto por subtítulos (21-22-29-31), por otro el financiamiento por actividad (mecanismo de compra por Grupos Relacionados de Diagnóstico o GRD) y finalmente, el cumplimiento del plan de salud o beneficios (GES, Ley Ricarte Soto, entre otros). Esto ocurre en parte a que no hay mediciones con validaciones externas que permitan vincular el presupuesto con los sistemas de prestaciones garantizadas, como por ejemplo con las de tipo oncológicas, que hoy presentan retrasos diagnósticos, falta de tratamientos integrales, canastas desactualizadas, ausencia de indicadores de calidad por resultados, entre otros aspectos, por lo que se hace muy compleja la medición del rendimiento de los recursos.

4. se tiene información fraccionada y parcial que no permite analizar el funcionamiento de los hospitales de forma individual y en red (resultado y financiamiento) y además no son públicos o transparentes los siguientes datos e información:
 - a. los métodos y criterios para definir los precios GRD y sus ajustes,
 - b. ranking anual de evaluación de los H. Públicos Autogestionados,
 - c. la producción y productividad de los RRHH, equipamiento e infraestructura de cada uno de los Hospitales,
 - d. los costos en cada hospital de las consultas, egresos hospitalarios y cirugía mayor ambulatoria (CMA),
 - e. la separación entre la actividad en horario institucional y la de compra de servicios a través de sociedades de profesionales o empresas de servicios.
5. El presupuesto de FONASA y de los Servicios de Salud, no se construye en base a costos efectivos y producción esperada. De hecho, el sistema de GRD se implementa en la misma estructura financiera contable que no permite alinear los incentivos, y lograr que los hospitales puedan gestionar sus “insumos” para producir. Para que el GRD tenga impacto se requiere vincular costos, con incentivos y que ello termine en precios y mecanismos de compra más efectivos.
6. Por otra parte, el presupuesto no reconoce en el financiamiento de las prestaciones, la separación entre el financiamiento estructural de los 29 servicios de salud (15%), los poco más de 200 hospitales de menor complejidad que se financian por presupuestos históricos o PPI (10%) y los 72 hospitales que hoy se financian por Grupos Relacionados de Diagnóstico (75%).

7. La estructura corporativa de las Direcciones de Servicios de Salud, hoy está sobredimensionada, ya que la tendencia, independiente de la coalición gobernante, es a crecer inorgánicamente (en niveles similares a los de hospitales) y lo que es peor sin dar cuenta de lo que se hace con esos incrementos.
8. En la mayoría de los hospitales no se identifican y reconocen los presupuestos de inversión en mantención de infraestructura y renovación de equipamientos (ej.: caso Hospital San Borja y contaminación con aguas servidas de la Unidad de Pacientes Críticos-UPC); salvo para los 4 hospitales concesionados en funcionamiento, que sí los reconocen en dos pagos semestrales a la concesionaria y que representan aproximadamente un 10% del presupuesto anual.
9. Los directores de hospitales, seleccionados por Alta Dirección Pública (ADP) duran en promedio 2,6 años en sus cargos¹³, con lo cual es muy poco el tiempo para liderar una buena gestión hospitalaria.
10. No se tiene claridad de quién es el principal responsable de resguardar o controlar el cumplimiento de lo pactado en el presupuesto de los hospitales (DIPRES, FONASA, Subsecretaría de Redes Asistenciales o los Servicios de Salud).
11. Existe una debilidad estructural en los hospitales públicos, dado que no cuentan con la calidad y cuantía suficientes en organización y personal para gestionar adecuadamente recursos humanos, así como en ámbitos financiero, operacional, logístico, mantención, compras e inventarios.
12. El gasto en medicamentos de alto costo, no por definición de políticas públicas expresas sino que por efecto de la judicialización, ha crecido en un 212% entre los años 2019 y 2023. Para el año 2024 al mes de septiembre alcanza a MM\$67.729. Con respecto al gasto anual de 2023 de MM\$33.900 se estima para el 2024 que este gasto alcanzó a MM\$78.000, es decir, un aumento de 136%.
13. Era muy habitual el ocultamiento de facturas pendientes de pago para disminuir los registros de deuda hospitalaria, a lo que ahora y luego de la integración entre el SIGFE (Sistema para la Gestión

¹³ Fuente: Servicio Civil, base de datos histórica de Directores de Hospital seleccionados por ADP



de Información Financiera del Estado) y el Mercado Público (que impide ejecutar gasto sin tener marco presupuestario vigente), se agregó la manipulación y anulación de las órdenes de compra para descomprometer pagos de compras realizadas y “bicicletear” aún más el financiamiento con los proveedores.

Mitos sobre la crisis de los hospitales públicos

El sector público de salud en Chile esta subfinanciado

Chile junto a Corea del Sur son de los dos países de la OECD que más han aumentado proporcionalmente sus gastos en salud en las últimas décadas. En efecto el 2014 el gasto público en salud de Chile representó el 4,6% del PIB y ya el 2023 significó un 5,8%¹⁴, por lo que las proyecciones de gasto conservadoras para el 2025 permiten sostener que estaremos en torno al 6% del PIB, es decir, cumpliendo la recomendación de financiamiento de la OMS/OPS del 6% del PIB para el gasto público o de gobierno en salud.

El pago de las prestaciones hospitalarias públicas está por debajo de sus costos reales, por consiguiente, si aumenta la actividad asistencial aumenta el déficit presupuestario y la deuda hospitalaria

En realidad, no lo sabemos ya que los costos de los hospitales no son públicos y no existe una gobernanza transparente para la definición de los precios de compra o transferencias, solo sabemos que cada año los presupuestos de los hospitales públicos son suplementados significativamente y que se presentan graves problemas de eficiencia en el uso de esos recursos.

En efecto un estudio reciente de la UNAB¹⁵ determinó que a pesar de que en la última década 2014-2024 el presupuesto de MINSAL y FONASA han experimentado un crecimiento del 84% real, superando el incremento del Presupuesto del Sector Público (56%) y la evolución del PIB (26,5%) en el mismo periodo; sus resultados muestran un empeoramiento en los indicadores de eficiencia del gasto en salud, entre un 17,4% y un 46,3%,

¹⁴ **Fuente de los datos:** Base de datos de la OCDE sobre gasto y financiación en salud (2024)

¹⁵ Informe 5-2024: de políticas públicas en salud del Instituto de Salud Pública UNAB, noviembre 2024. El desafío de la productividad hospitalaria y la atención de pacientes en el Sistema de salud público de Chile.



dependiendo si se incluyen o no los exámenes de diagnóstico en la producción, respectivamente.

Asimismo, los indicadores de productividad laboral disminuyen un 4,6%, porcentaje que llega hasta un 38,0% si se excluyen los exámenes de diagnóstico de la producción, lo que nos da una pérdida de productividad anual de -3,8% entre los años 2013 y 2023. De hecho ya desde el año 2020 el gasto per cápita solo en prestaciones médicas se igualó entre ISAPRES y FONASA¹⁶ y con alta probabilidad hoy es mayor en FONASA que en ISAPRES.

La compra de servicios asistenciales a las clínicas privadas resulta más onerosa que el financiamiento a los hospitales públicos

A pesar de la falta de transparencia de los costos de producción en la red hospitalaria pública, es muy probable que la menor productividad señalada previamente tenga un efecto en los costos e impacte negativamente en la gestión de los recursos del sector. El mismo estudio anterior se observó que los precios ofrecidos por la red privada son entre un 16% a 29% menores a los costos de producción estimados en la red pública, según la última licitación de Fonasa para 2024 con 79 establecimientos privados (en este análisis los costos operacionales estimados en la red pública no incluyen los costos de capital, por consecuencia son conservadores).

Por otro lado, es necesario tener presente que los costos fijos para sostener la infraestructura pública y su funcionamiento son muy significativos y no son enteramente sustituibles por la compra a privados. Con todo, hoy sería menos costoso resolver los egresos hospitalarios y quirúrgicos de todos los beneficiarios del sistema público, en montos que oscilan, desde el año 2020 al 2023 y la proyección del 2024, entre \$546.858 millones y 1,141 billones de pesos chilenos; si fuera posible que toda la actividad del sistema público pudiese tener un nivel tal de eficiencia y productividad que permitiese que sus costos fueran iguales a los precios GRD del sector privado, licitados por el FONASA durante el año 2024.

¹⁶ Informe 4-2022: de políticas públicas en salud del Instituto de Salud Pública UNAB, 18 de agosto 2022



“La buena noticia es que los hospitales públicos están disponibles y no necesitamos más, inclusive buena parte de ellos han sido renovados en infraestructura y equipamiento, sólo necesitamos que funcionen bien y hagan potencialmente todo lo que estamos realmente financiando”



36 propuestas para cuidar mejor la salud de los chilenos

Mejor planificación presupuestaria para aprovechar mejor el Financiamiento

1. robustecer la institucionalidad que permita definir con transparencia los precios del Grupo Relacionados con el Diagnóstico (GRD), basados en criterios objetivos y en una metodología de público conocimiento. Los precios deberán ser un acuerdo en base a estudios técnicos como el estudio de verificación de costos (EVC) del GES y definirse previo al presupuesto. De forma tal de obligar que los recursos efectivamente financien la actividad comprometida
2. definir Resoluciones con fecha límite al 31 de enero de cada año para que se fije un presupuesto anual y vía glosa se informe trimestralmente de su avance y cumplimiento:
 - de cada uno de los 72 hospitales hoy financiados por el Programa GRD,
 - de cada uno de los 29 Servicios de Salud financiados por estructura, y
 - de cada uno de los 200 hospitales hoy financiados por presupuestos históricos

3. tramitar antes del 31 de marzo de cada año los decretos de modificación presupuestaria de incorporación del diferencial de la ley de reajuste del sector público¹⁷ y de incorporación de otras partidas con toma de razón de la Contraloría General de la República antes de dicha fecha

Las expansiones presupuestarias durante el periodo de ejecución en curso deben realizarse bajo un flexible y ágil control del Congreso que permitan la trazabilidad del gasto con relación al nivel de actividad asistencial de los servicios de salud en un esquema de rendición de cuentas y control de los resultados

4. avanzar en diseños y planificación de presupuestos plurianuales, que permitan definir una regla de balance estructural del presupuesto hospitalario en cada establecimiento de mediano plazo (4 a 5 años), con cierre de brechas de financiamiento asociado a metas de productividad y mayor actividad asistencial con foco en 4 o 5 metas sanitarias de origen nacional o local
5. reconocer e incluir en los presupuestos hospitalarios, en base a la experiencia de los hospitales concesionados, las partidas correspondientes a la mantención de infraestructura y renovación de equipamientos médicos y velar por su cumplimiento, oportunidad y eficiencia en el uso de los recursos. O derechamente transitar hacia un modelo de concesión ya sea del equipamiento tanto clínico como industrial, con su mantención y reposición o incluso concesionando el producto final, como informes de exámenes de laboratorio, imagenológicos, anatomía patológica y esterilización entre otros
6. acordar y definir planes de Inversión a 10 años plazo con foco en Atención Primaria de Salud (déficit de USD 1.000 millones según Comisión Nacional de la Productividad, 2022) y atención ambulatoria de especialidad (CRSs y CDTs), estimulando las alianzas público-privadas (concesiones) para acortar sus plazos de implementación

¹⁷ El diferencial de reajuste son los recursos provisionados en la Ley de Presupuestos para financiar la diferencia entre el % del inflador de la Ley de Presupuestos con el % de reajuste que se determina en la Ley de Reajustes del Sector Público. En los últimos años estos decretos se han tramitado en los últimos meses del año (diciembre). Esto supone que los servicios públicos financian con el marco presupuestario inicial el gasto en remuneraciones reajustado obligando a acelerar el uso del marco presupuestario.

7. elaborar presupuestos que permitan articular los marcos de gasto por subtítulos presupuestarios, con su correspondiente actividad financiada por Grupos Relacionados con el Diagnóstico, y con el cumplimiento de los planes de beneficios. Para ello se deben corregir, dentro del mediano plazo, los siguientes elementos:
 - a. el déficit de financiamiento del GES, que el 2024 mantiene 4 UF por beneficiario de FONASA para 87 patologías cuando en su diseño original contemplaba 4,53 UF para 56 patologías. Se requiere perfeccionar la metodología del estudio de verificación de sus costos (EVC), ya que en la práctica esta situación está obligando a los hospitales a consumir el presupuesto de las patologías NO GES, lo que explica en parte el aumento de sus listas de espera,
 - b. el déficit de financiamiento de la Ley Ricarte Soto para que en ese lapso se puedan aumentar gradualmente los recursos y se pueda elaborar un nuevo decreto el 2025 y 2028 con la incorporación de nuevos medicamentos,
 - c. revisar el gasto por medicamentos de alto costo (MAC) que se origina en sentencias judiciales y su eventual regulación en alguno de los programas de la Ley Ricarte Soto o las enfermedades GES y NO GES, promoviendo los acuerdos de riesgo compartido entre FONASA-CENABAST y Laboratorios
8. sólo en el marco de este tipo de acuerdos y medidas parece pertinente apoyar recursos adicionales para el presupuesto 2025 y posteriores con una perspectiva plurianual

Revolución de la eficiencia y productividad hospitalaria

9. evaluar la pertinencia o actualización de los 29 indicadores del Balance Score Card vigente para los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) y de todos los indicadores de los compromisos de gestión (COMGES), con el fin de seguir avanzando en su relevancia y simplificación, así como perfeccionando aquellos que incentiven una mejor gestión en red en a lo menos en: GES, Urgencias y Listas de Espera
10. disponer por cada uno de los hospitales con informes públicos y periódicos (tableros de datos), se necesita más transparencia y datos para tomar mejores decisiones de gestión, así como se requiere que una agencia externa o universidades generen análisis y evaluación sobre:
 - a. evolución de tendencias de producción y productividad de los últimos 5 años,

- b. evolución de los costos medios de producir sus principales actividades asistenciales también de los últimos 5 años,
 - c. sobre las brechas que existen entre la producción actual y su producción potencial, tanto en personal, pabellones, box de consultas y equipamiento; pudiendo establecerse incentivos o transformando incentivos vigentes al hospital y a las personas para el cierre de estas,
 - d. compras de servicios a médicos y funcionarios internos y externos hoy a través de empresas de servicios para distinguir la actividad institucional de la extrainstitucional y ponderar las mediciones de producción y productividad
11. establecer en base al actual sistema de costos hospitalarios (SIGCOM), el seguimiento de los costos (fijos y variables) de cada uno de los hospitales y evitar su actual tendencia de dispersión, junto con la definición de un modelo regulatorio tipo “Hospital Sombra o Modelo”, velando por la evolución y ajuste de cada uno de ellos.

En efecto, resulta fundamental contar con un sistema de costos estandarizado y de aplicación universal en todas las redes asistenciales que permita identificar los costos fijos y variables e identificar las causas de la variabilidad de los costos medios de la actividad cerrada y ambulatoria de la red hospitalaria. La vigencia de los mecanismos de pago y sus precios depende de que exista una real medición de los costos reales y de las brechas de eficiencia en cada hospital, así como su comparación con los del sector privado

12. sostener y fortalecer estrategia de los actuales Centros de Resolución Regional (CRR) en cirugías ambulatorias, ampliando su objetivo de alcanzar en 4 a 5 años el estándar internacional de que las cirugías ambulatorias estén por sobre el 60% del total de cirugías
13. definir, tal como la ley lo permite de acuerdo con el Régimen General de Garantías en Salud, tiempos máximos de espera para los problemas de salud NO GES en listas de espera
14. reforzar la estrategia de transformación digital con nuevas células de Telemedicina o Teleconsulta
15. establecer controles más estrictos y rigurosos al bloqueo de la agenda médica en la atención ambulatoria
16. potenciar las compras centralizadas de medicamentos e insumos de la CENABAST en la medida que se hace seguimiento también de los

indicadores de desempeño y cumplimiento de la CENABAST (no inferiores al 90% de entrega)

17. solicitar para este conjunto de medidas la colaboración del Laboratorio de Gobierno y del Centro Nacional de la Productividad, con el fin de hacer seguimiento y compartir las mejores prácticas de los hospitales a lo largo del país

Directivos meritocráticos y personal motivado

18. cambiar la inercia contractual del sector público, sumar productividad dentro de las funciones a realizar por parte del personal, evaluar el ausentismo no justificado, y que dicho criterio esté inserto en las calificaciones o evaluación anual
19. avanzar en la externalización de servicios como esterilización, preparados de quimios, alimentación, personal de apoyo. Se requiere reducir el costo fijo e inflexible que tiene el sistema de salud
20. restringir el nombramiento de confianza política en equilibrio con el mérito, sólo a las Direcciones de Servicio de Salud, con un listado de gestores acreditados por el Servicio Civil y así evitar el tiempo y el costo de un proceso de selección, que finalmente va a ser por confianza política. Además, así la nueva autoridad podría partir de manera más expedita con la nueva gestión de la coalición política de gobierno
21. establecer para las Direcciones de Hospitales un sistema de ADP con selección de todos los directivos hospitalarios solo por mérito y removibles solo por evaluaciones de desempeño de responsabilidad del Servicio Civil en coordinación con los nuevos gobiernos corporativos o Directorios, eliminando la actual variable de la confianza política, con el fin de darles más estabilidad y durabilidad en el cargo a quienes logran una mejor gestión
22. publicar el número actual de médicos que hoy están por Ley de Urgencia (artículo 44) liberados de guardia, con el fin de evaluar que el 100% de ellos estén cumpliendo todas sus horas de actividad asistencial diurna. Por alguna razón, que no tiene explicación, se ha instalado una práctica de que en general trabajan solo 15 horas asistenciales dejando 7 horas semanales sin acciones clínicas
23. renovar los acuerdos entre MINSAL, Universidades, Campos Clínicos públicos y privados y a los nuevos Gobiernos Regionales (GOREs),



para la formación de 1.000 médicos especialistas al año por los próximos 6 años

24. mejorar el control del ausentismo laboral en los hospitales públicos aplicando:

- a. en los casos en el caso de funcionarios que lleven más de dos años con licencia médica continua, el artículo 151 del Estatuto Administrativo que permite su desvinculación por salud incompatible junto con solicitar y apoyar su pensión de invalidez
- b. intermedios establecer estrategias de seguimiento y apoyo de unidades más fortalecidas de Bienestar y Calidad de Vida
- c. en el caso de las licencias cortas en especial en fines de semana con feriados largos aumentar el control para evitar el abuso dado las dificultades de gestionar los reemplazos
- d. ser rigurosos en el cobro de devoluciones de pagos por licencias médicas que finalmente resultan rechazadas por el COMPIN y la SUSESO, de ser necesario mediante la aplicación de los sumarios administrativos correspondientes. Según la Contraloría hoy en FONASA existe una deuda pendiente de \$459.677 millones por este concepto.

25. solicitar vía glosa presupuestaria la posibilidad de:

- a. aplicar incentivos por actividad o producción asistencial y flexibilidad horaria para atender a los pacientes. A las 17 hrs nuestros hospitales están todos cerrados y las clínicas privadas están abiertas y en plena actividad
- b. compra de servicios que incluya actividad en horarios flexibles, para ocupar la infraestructura en horarios no hábiles, fines de semana y festivos, tanto a externos como a prestadores internos, en este último caso solo si cumplen un mínimo de ocupación de la infraestructura en horario hábil
- c. compra de servicios que incluyan al equipo no médico

26. acordar las pendientes modificaciones legales del Código Sanitario en el Congreso que nos permitan optimizar la actividad asistencial de los profesionales y funcionarios del sector salud

27. desacoplar los incentivos remuneracionales de las calificaciones del personal hospitalario para poder dimensionar de verdad su desempeño. Hoy hasta un 6,9 de nota se apela por la eventualidad de quedarse sin los bonos

28. revisar en el marco de una perspectiva más general de modernización del Estado, la pertinencia de mantener al personal de los hospitales públicos, bajo el amparo del actual Estatuto Administrativo y leyes médicas especiales como la 15.076 y 19.664; evaluando la posibilidad de contar con estatutos propios mucho más flexibles para que recojan las particularidades de la compleja organización operacional y productiva de los mismos o definitivamente transformar a cada uno de los 72 Hospitales de mayor complejidad en Empresas Autónomas del Estado

Mejor Gobernanza y modernización de la regulación

29. eliminar la Subsecretaría de Redes Asistenciales y transformarla en una Agencia independiente o autónoma de carácter Nacional de los Servicios de Salud para mejorar su dirección y control de gestión. Hoy la autoridad política y rectora es juez y parte en la gestión de los servicios de salud y hospitales públicos, lo que impide observarlos con transparencia, rigurosidad e imparcialidad
30. definir quién controla la gestión presupuestaria de los hospitales públicos. Mientras no se hagan los cambios de gobernanza sugeridos previamente, hoy debiera ser el FONASA
31. definir una Dirección de Servicio de Salud "sombra o tipo" con foco en la gestión de red, idealmente de poblaciones y con roles delimitados, escalable según población usuaria y establecimientos a coordinar, para evitar la multiplicación de dotación de personal y mayores costos en burocracia
32. instaurar tanto en las Direcciones de Servicios de Salud como en las Direcciones de los Hospitales, gobiernos corporativos con representantes de autoridades (Minsal, Fonasa y APS), así como de directores externos representantes de la ciudadanía, que controlen la gestión tanto estratégica como financiera y con capacidad de remover por desempeño al director y de aprobar y controlar la ejecución del presupuesto.

Los gobiernos corporativos de las Direcciones de Servicios vía ADP proponen las ternas o cuaternas para directores de hospitales y los gobiernos corporativos de los hospitales nombran al director y tienen capacidad de removerlo solo por evaluación de su mérito y desempeño

33. evaluar si con la estructura actual de los 29 Servicios de Salud y el apoyo de la tecnología actual se justifican o resultaría mejor organizarse en torno a 6 o 9 macrozonas o neoservicios de salud, perfeccionando el modelo de gestión de redes asistenciales con definición de criterios de población usuaria y abandonando la lógica hospitalocéntrica y evolucionando a ser un gestor de red de poblaciones y según sus necesidades y demandas sanitarias, con base en la atención comunitaria y APS.

El personal podría redistribuirse en los hospitales públicos con el fin de fortalecer sus débiles capacidades de gestión operacional y de soporte. En las clínicas privadas la proporción de personal clínico v/s administrativo es del orden de 70/30 y en muchos hospitales públicos es de 90/10

Verdadera Transparencia para mejores decisiones y fiscalización efectiva

34. publicar todos los años las evaluaciones de los Hospitales o Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) y dar a conocer las evaluaciones del año 2023 y 2024 (aún sin publicar), con el fin de hacer cumplir la ley vigente y remover a aquellos directivos hospitalarios que no cumplan
35. solicitar a la Contraloría General de la República un especial foco en el control de los problemas de cultura interna en la gestión hospitalaria como el ocultamiento de facturas impagas del pasado, o el actual manejo de las órdenes de compra que distorsionan la gestión financiera de los hospitales
36. fortalecer las unidades de Auditoría Médica y administrativa no dependientes de la autoridad hospitalaria o del servicio de salud correspondiente, esto para darle independencia y objetividad en sus tareas.





www.democraciayprogreso.org



contacto@cdyp.org