

¿CÓMO REVERTIR LA INEFICIENCIA DE LOS HOSPITALES ESTATALES?

- Un estudio de LyD demostró los problemas de gestión de los hospitales estatales, dando cuenta que, con el mismo nivel de insumos, los egresos hospitalarios podrían subir, en promedio, un 27%, ayudando a aliviar las crecientes listas de espera.
- Los datos son coincidentes con una serie de investigaciones que dan cuenta de la baja productividad de la salud estatal y pone el foco en la necesidad de mejorar la regulación bajo la cual se desempeñan los funcionarios de los hospitales con el objeto de mejorar su marco de incentivos.
- Dos informes técnicos convocados recientemente por la comisión de Salud del Senado coinciden en el camino que debiera recorrerse.

A fines de octubre se dieron a conocer las listas de espera de salud de los hospitales públicos correspondientes al tercer trimestre de 2023, las que subieron un 6,3% respecto a igual trimestre de 2022, alcanzando a poco más de 2,3 millones de personas. Si bien en el mismo período los tiempos de espera se han reducido significativamente, estos siguen siendo muy elevados. Por ejemplo, los casi dos millones de personas que buscan atención de un médico especialista, esperan, en promedio, más de un año por atención, mientras que las que deben someterse a una intervención quirúrgica que no es parte del GES, esperan, en promedio, 15 meses¹.

Esto último no es de extrañar. En la misma comunicación se dio a conocer que, a septiembre de este año, el número de cirugías electivas suspendidas ha subido en un 15% respecto al mismo periodo de 2022, superando las 25 mil cirugías electivas agendadas que no se realizaron. De ellas, un tercio ha sido suspendida por “razones administrativas”, incrementándose fuertemente respecto al año pasado (ver Tabla N°1).

Estas cifras se suman a otros antecedentes que dan cuenta de los problemas de gestión al interior de los hospitales estatales². En ese sentido, y con el objetivo de

¹ Ver: Glosa 05 de la Ley N°21.516. Disponible [aquí](#).

² Ver, por ejemplo: Comisión Nacional de Evaluación y Productividad. (2020). “Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica no ges” y Aguilar-Barrientos, R. y Velasco, C. (2022). “¿Cómo se usan los pabellones quirúrgicos en Chile? Radiografía al sector estatal de salud”. Documentos de trabajo N°1. Instituto de Políticas Públicas de Salud (IPSUSS), Universidad San Sebastián.

evaluar su eficiencia, Libertad y Desarrollo realizó un estudio que permitió dimensionar cuán eficientes son los hospitales estatales en transformar los insumos con que cuentan en egresos hospitalarios³.

FUERTE ALZA DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR RAZONES ADMINISTRATIVAS

Tabla N°1: Causales de suspensión de cirugías electivas a septiembre de cada año

Razón de suspensión cirugías electivas	3° trimestre 2022	3° trimestre 2023
Administrativas	13%	32%
Emergencias	1%	2%
Equipo quirúrgico	23%	21%
Gremiales	3%	3%
Infraestructura	1%	2%
Paciente	50%	30%
Unidad de apoyo clínico	9%	11%
Total	100%	100%
N° cirugías suspendidas	22.150	25.464

Fuente: Glosas presupuestarias trimestres respectivos.

CON LOS MISMOS INSUMOS, RESULTADOS DE HOSPITALES PUEDEN CRECER, EN PROMEDIO, UN 27%

Para analizar la eficiencia de los hospitales se utilizó un método llamado Análisis Envoltante de Datos (DEA) que establece una frontera de eficiencia en la relación entre insumos y resultados.

Este permite comparar cómo 65 hospitales⁴ del país traducen el número de camas, gasto en personal y en bienes y servicios, en egresos hospitalarios (de complejidad equivalente), obteniendo así un indicador de su nivel de productividad. Los datos utilizados corresponden a los del año 2019 para evitar los desajustes que produjo la pandemia por Covid-19.

Los resultados son elocuentes: si todos los hospitales analizados fuesen tan eficientes como el más eficiente de la muestra, el número de egresos hospitalarios, manteniendo constante el nivel de insumos, podría incrementarse en un 27%. Es

³ Ver: Eguiguren, P. y Dussillant, S. (2022). "Eficiencia de los hospitales en Chile: Análisis DEA", Serie Informe Económico N°311. Libertad y Desarrollo, disponible [aquí](#).

⁴ Ese es el número de establecimientos adheridos al sistema de Grupo de Diagnóstico Relacionado (GRD), un mecanismo de pago que permite comparar la complejidad de los egresos que logra cada hospital.

decir, en 2019 podría haber habido 258 mil egresos hospitalarios adicionales, aliviando de manera significativa las listas de espera del sector público⁵.

Para hacer un análisis más preciso, se examinaron las principales categorías de hospitales según las distintas definiciones del Ministerio de Salud⁶. Por ejemplo, en los hospitales generales (17, el 26% de la muestra), se calcula que si los 14 hospitales que no están en la frontera de eficiencia lograran alcanzar la productividad de los hospitales Carlos Van Buren de Valparaíso, Gustavo Fricke de Viña del Mar o Sótero del Río de Santiago -los más eficientes dentro de este subgrupo-, entonces en promedio el número de egresos hospitalarios subiría en un 25,8%, es decir, con el mismo nivel de insumos, dejaron de producirse casi 130 mil egresos⁷ por las ineficiencias de distintos hospitales (ver Tabla N°2).

AMPLIA VARIANZA EN EL NIVEL DE EFICIENCIA DE LOS HOSPITALES ESTATALES

Tabla N°2: Resultados DEA hospitales generales con retornos variables a escala

Hospital	Servicio de Salud	Retornos variables a escala
Carlos Van Buren	Valparaíso - San Antonio	1
Dr. Gustavo Fricke	Viña del Mar - Quillota	1
Dr. Sótero del Río	Metropolitano Sur Oriente	1
San Juan de Dios	Metropolitano Occidente	0.900
Dr. Hernán Henríquez Aravena	Araucanía Sur	0.892
Las Higueras	Talcahuano	0.870
Dr. Guillermo Grant Benavente	Concepción	0.864
Dr. César Garavagno Burotto	Maule	0.857
San José	Metropolitano Norte	0.822
Dr. Víctor Ríos Ruiz	Biobío	0.803
Barros Luco Trudeau	Metropolitano Sur	0.787
Clínico Regional	Valdivia	0.770
De Puerto Montt	Reloncaví	0.769
De Rancagua	O'Higgins	0.768
Hospital Base de Osorno	Osorno	0.695
Herminda Martín	Ñuble	0.679
San Borja-Arriarán	Metropolitano Central	0.656

Fuente: Elaboración propia.

Nota: El valor 1 corresponde al hospital más eficiente de la muestra.

⁵ Considerando la eficiencia promedio de los hospitales de la muestra y los egresos equivalentes promedio de dichos hospitales.

⁶ La resolución exenta N°119 de 2019 de FONASA estableció cinco grupos de hospitales: especializado, complementario, general, de alta complejidad, de zonas australes. La eficiencia entre los distintos tipos de hospitales varía ampliamente.

⁷ Con un nivel de complejidad promedio (GRD = 1).

Algo similar se da en el caso de los hospitales complementarios (38, el 58% de la muestra). Si todos los hospitales lograran la eficiencia de los hospitales más destacados de este segmento (de Pitrufuquén, San José de Parral, de Santa Cruz o Luis Tisné de Santiago) el promedio de egresos subiría en un 19,9%. Esto implica que los hospitales de menor eficiencia de este grupo (hospital Carlos Cisternas de Calama) podría lograr casi 3.600 egresos adicionales con el mismo nivel de insumos. En total, sumando todos los hospitales complementarios, se lograrían casi 72 mil egresos adicionales.

Los resultados de este estudio hablan del impacto que tienen las ineficiencias a nivel de hospitales, lo que, en un contexto de crecientes listas de espera, requiere de medidas con urgencia. Asimismo, estos son coincidentes con otras mediciones de eficiencia que ha realizado Fonasa⁸ para el mismo 2019. En ellas se calcula el gasto por egreso equivalente y los de mejor desempeño, entre los hospitales complementarios, son el hospital de Parral y el Luis Tisné. Ambos aparecen en la frontera de eficiencia en el análisis DEA. En cambio, entre los cuatro hospitales peor evaluados por el índice de gasto del Fonasa se encuentran los recintos de Calama y Vallenar, que son los hospitales complementarios de menor eficiencia según el análisis DEA. Coincidencias similares se dan al analizar los hospitales generales con el Van Buren como el mejor evaluado y el San Borja-Arriarán con el peor desempeño, tanto en el índice de Fonasa como en el DEA.

UN CAMINO DE SALIDA: PROPUESTAS DE COMITÉS TÉCNICOS

Un grupo de 11 expertos de distintas tendencias políticas convocados por la comisión de Salud del Senado entregó un informe con una serie de recomendaciones para mejorar diversos aspectos del sistema de salud chileno⁹. Las propuestas abarcan cambios a las Isapres, al Fonasa, a la Superintendencia de Salud y al mecanismo de pago de las licencias médicas. También considera recomendaciones para mejorar la gestión de los prestadores privados y estatales.

Dentro de las últimas, se consideraron 16 medidas que apuntan en la dirección correcta para hacer de los hospitales estatales, y los servicios de salud que los administran, más autónomos y flexibles de manera que cuenten con las herramientas para gestionar sus recursos de mejor manera. Para ello se propone sacar la gestión de los hospitales del Ministerio de Salud para que sea ejercida por una institucionalidad independiente.

⁸ Ver: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos/tablero>

⁹ Informe del Comité Técnico de Reforma del Sector Salud. Disponible [aquí](#).

Asimismo, se propone modificar la estructura de la gobernanza de los servicios de salud a través de un consejo directivo que tenga una mirada más integral de la realidad de la salud del territorio donde opera y con un horizonte temporal de largo plazo que trascienda a los gobiernos de turno.

A nivel de los hospitales estatales propone que el foco de las autoridades sea la gestión interna del recinto, para ello sugiere la creación de directorios que tengan competencias en el ámbito sanitario, financiero, legal y de gestión. Este directorio tendría la responsabilidad de designar y remover al director del hospital, que actualmente es elegido por el jefe del servicio de salud respectivo (quien, a su vez, es designado por el Presidente de la República) desde una terna entregada por el sistema de Alta Dirección Pública. Mecanismo de designación que el grupo de expertos sugiere revisar a la luz de la alta rotación asociada al ciclo político que muestran estas autoridades.

Dentro de las herramientas de gestión para los directores de hospitales, se recomienda que ellos tengan una mayor injerencia en los recursos humanos que trabajan en los hospitales estatales “modernizando las formas de remuneración, compensación salarial, y carrera que permitan vinculaciones claras con el desempeño y productividad del personal de salud”. Para ello también se sugiere mejorar los sistemas de evaluación de desempeño y los incentivos asociados. En la misma línea, un segundo grupo, compuesto por los exministros de Salud¹⁰ establece que el “logro de servicios de calidad con mejores impactos sanitarios y uso eficiente de los recursos guarda relación con la gestión de los trabajadores de la salud”. En particular, los exministros proponen cambiar el estatuto administrativo que rige a los trabajadores de la salud, así como perfeccionar los sistemas de nombramiento de los equipos directivos y avanzar en cambios al Código Sanitario flexibilizando las restricciones para la acción de los distintos actores de los equipos de salud.

LA IMPORTANCIA DE LA GESTIÓN

Durante los casi dos años de la administración del Presidente Boric, la discusión ha estado centrada en una reforma como la que plantea su programa de gobierno (de establecer un sistema único de salud, basado en el Fonasa y eliminando la posibilidad de tener un seguro de salud privado con cargo a las cotizaciones obligatorias) y, tras los fallos de la Corte Suprema, en cómo evitar un colapso sistémico de las Isapres.

Sin embargo, no ha habido mayores esfuerzos por reducir las ineficiencias y aumentar la productividad de los hospitales. Mejorar ese aspecto es esencial para entregar una

¹⁰ Informe: “Salud un derecho, en todas las políticas y en todos los lugares”. Disponible [aquí](#).

atención oportuna a quienes lo requieren. Ni un cambio en Fonasa, ni la desaparición de las Isapres serán suficientes para disminuir las listas de espera si continúan los problemas de gestión que llevan a que cada mes casi 3 mil cirugías electivas sean postergadas, mientras al mismo tiempo hay 283 mil personas esperando por una intervención quirúrgica.

¿Cómo mejorar? Los datos muestran que la buena gestión de un hospital no está asociada a variables externas, sino que tiene que ver con factores internos. Ello se refleja tanto en la investigación de LyD -donde la ubicación geográfica, el riesgo de los casos atendidos o la atención primaria, todos elementos externos, no parecen influir en los resultados de eficiencia-, así como en otros estudios que analizan de manera más específica el nivel gerencial de los hospitales del Estado¹¹. Medidas como las propuestas recientemente por un grupo de expertos y las reflexiones de los exministros de Salud apuntan en la dirección adecuada respecto a dar más independencia y herramientas de gestión que promueva el uso eficiente de los recursos y el incremento de la productividad de los hospitales estatales, traduciendo aquello en una atención más oportuna a los pacientes.

¹¹ Por ejemplo, un estudio demuestra que la selección de directores médicos a través del sistema de Alta Dirección Pública ha logrado mejorar el desempeño de los hospitales estatales, fundamentalmente, debido a un uso más eficiente de los recursos médicos, mejores prácticas de gestión del personal, así como un perfil más gerencial de los directores de hospital elegidos por esta vía. Ver: Otero, C. y Muñoz, P. (2022). “Managers and Public Hospital Performance” Job Market Working Paper. Versión 26 de diciembre de 2022.