



CLINICAS DE CHILE A.G.  
Clínicas y Centros de Salud

# Temas de Coyuntura

Número 36  
ENERO 2011

## MODERNIZACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN PÚBLICA: Un tema fundamental de la propuesta.

*Uno de los temas que consideró la Comisión de expertos en su propuesta fue el relacionado con el fortalecimiento y modernización de la prestación de servicios en el sistema público de salud. Este tema se considera clave de intervenir para poder llevar a cabo todas las otras recomendaciones que incluyó la propuesta y por la importancia de esta materia, hemos dedicado este documento independiente a su análisis.*

*La experiencia mundial en materia de reformas a los sistemas de salud ha demostrado que es ineficaz hacer cambios al modelo de financiamiento del sector si en paralelo no se incorporan reformas importantes al modelo de provisión de atenciones y mecanismos de pago. Es importante señalar que, las recomendaciones de cambios que propusieron representan una continuidad de lo ya diseñado en las reformas del año 2003 y 2005 y suponen la materialización de componentes que, a la fecha, se encuentran pendientes.*

### DIAGNÓSTICO

El sistema de salud chileno es mixto, a nivel de aseguramiento y provisión de prestaciones de salud. Los beneficiarios del sistema de aseguramiento público representan más de un 80% del total de la población, sin embargo, un 45% de sus atenciones de nivel secundario y terciario las realiza en el sector privado fundamentalmente a través de la modalidad de libre elección. Esto implica que, mirado desde el punto de vista de los prestadores privados, un 44% de sus atenciones se concentran en los beneficiarios de FONASA.

La red asistencial pública es una alternativa para prestaciones de mediana y alta complejidad de los beneficiarios de FONASA de los grupos C y D principalmente, sin embargo, para la población de no cotizantes, indigentes y personas de algunas áreas geográficas alejadas es la única opción.

De la red asistencial, son los hospitales los que captan la mayor proporción de los recursos del sector y el lugar donde se presentan una serie de problemas claramente identificados, resumidos en 8 aspectos:



## PROBLEMAS EN EL FUNCIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS:

**1. Dirección y gobierno corporativo:** Las condiciones exigidas por el sistema de alta dirección pública para los cargos directivos no ha resultado atractivo para los postulantes, lo que no ha permitido seleccionar los mejores gestores y ha generado cargos vacantes y alta rotación directiva. Esto limita en forma muy importante la capacidad de administrar eficientemente los establecimientos de salud, que son organizaciones de gran tamaño, con alto nivel de inversión, complejidad y diversidad de recursos humanos. Por otra parte, a diferencia de las empresas públicas, los hospitales, que suelen ser la empresa de servicios de mayor tamaño o que proporciona más empleo en muchas ciudades de Chile, no tienen un sistema de gobierno corporativo que permita asegurar que se cumplan los objetivos sanitarios, sociales y económicos de estas instituciones.

**2. Formulación y ejecución presupuestaria inconsistente con la producción de servicios:** El presupuesto asignado a los hospitales no se relaciona con el volumen de beneficiarios, lo que produce naturalmente déficit presupuestario que se expresan en deuda hospitalaria y en menores incentivos para mejorar los niveles de calidad y producción. Adicionalmente, se enfrenta una constante presión de aumento de costos de salud originados por diferentes deficiencias del modelo:

- gestión de la producción y desarrollo tecnológico sin considerar evaluaciones previas de costo efectividad.
- modelos de atención que no contemplan diseño de estrategias de prevención y manejo de pacientes enfermos.
- crecimiento poblacional no considerado en las asignaciones.

**3. Listas de espera:** Originadas por un déficit de oferta que se ha visto acrecentada por la Reforma GES que ha tensionado la demanda excediendo la capacidad de respuesta de un sistema con fallas en la gestión hospitalaria y falta de recursos para financiar su aumento.

**4. Deuda hospitalaria vencida con proveedores:** Se ha constituido como un mecanismo informal de financiamiento de déficit de recursos de los hospitales. De acuerdo a lo planteado por esta Comisión, una duda recurrente sobre este tema, independiente de la sospecha de ineficiencia, es ¿cuánto de la deuda es estructural, por la forma en que se define el presupuesto sectorial-hospitalario y por los precios de transferencia por debajo de costos estándar? Otro factor que se ha detectado como generador de deuda es el incremento del número de beneficiarios del sistema, quienes demandan mayores atenciones pero no llevan asociadas un incremento directo de recursos.

**5. Déficit de especialistas (y superávit de algunos):** No hay una política nacional de formación de especialistas que dé cuenta de las necesidades de la población, lo que genera mala asignación en cuanto a número de especialistas y distribución regional (concentrada en ciertas especialidades y en la Región Metropolitana).

2

Un factor que influye en la falta de especialistas en el sector público es el bajo nivel relativo de remuneraciones respecto del sector privado y muy pocos sistemas de

incentivos a la productividad, limitándose su atractivo únicamente al tema de la formación.

#### **6. Subutilización de infraestructura y equipos especialmente pabellones quirúrgicos)**

Debido a la falta de especialistas en las jornadas de la tarde en los hospitales, la infraestructura y todos los otros recursos del hospital son subutilizados. La inflexibilidad de los modelos de contratación potencia esta situación.

**7. Servicios de urgencia con exceso de demanda:** este es un efecto colateral de lo comentado en materia de listas de espera, producto de lo cual una buena parte de la demanda de estos servicios no corresponde a problemas urgentes. Lo anterior se ve agravado por la falta de capacidad de resolución de la atención primaria. Los incentivos juegan un rol importante también en la sobredemanda de los servicios de urgencia ya que en el caso del sector privado, el uso de los servicios de urgencia está moderado por el pago, pues los planes de salud previsionales obligan a copagos altos en este tipo de atención. En el caso del sector público el servicio es gratuito.

**8. Déficit de inversiones:** hay estudios que estiman entre 6 y 7 mil millones de dólares el déficit de inversión en infraestructura pública. Entre los años 2002 y 2008 el índice de inversiones, calculado como porcentaje destinado a inversiones sobre el gasto operacional total anual, fluctúa entre un 5 y un 10% en el sector público (8 y 14% si se restan las remuneraciones de los médicos diurnos) y entre un 47 y un 58% en el caso de las clínicas pertenecientes a las Clínicas de Chile A.G., de los cuales entre 39 y 43 puntos porcentuales corresponden sólo a depreciación.

### **RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN**

- **Incentivos y financiamiento para la promoción y prevención en todo el sistema de salud:** pero en especial para la población que se atiende en el sector público. La gestión en red ofrece un modelo muy favorable para implementar políticas efectivas en estas materias. En este aspecto la atención primaria es fundamental y hoy enfrenta graves problemas debido a que la carga de enfermedad de la población chilena de bajos recursos limita los recursos para estrategias de prevención. Otro aspecto que complica la gestión en estas materias es la disparidad de recursos, capacidad de gestión y nivel de pobreza de los diferentes municipios.

Surgen de lo anterior los siguientes planteamientos:

- i) Precisar la capacidad resolutoria de este nivel,
- ii) Profundizar el modelo de salud familiar,
- iii) Reestudiar el financiamiento per-cápita, tanto en su modalidad como en su cuantía,
- iv) Reconsiderar el marco institucional de la atención primaria, esto es, su dependencia municipal,
- v) Mejorar la vinculación de la atención primaria en red con los hospitales para que sea complementaria y no dependiente,

- vi) Mayor financiamiento para reponer y mejorar la infraestructura asistencial hospitalaria y en APS, con el fin de mejorar su capacidad de resolución y cumplir con los nuevos estándares de calidad exigidos, tanto para la autorización sanitaria como para la acreditación institucional.

## INVERSIONES Y GESTIÓN

Un tema que se abordó con detalle en la propuesta es el que dice relación con el mejoramiento de la Infraestructura. El monto de inversión requerida estimado es de tal magnitud que su ejecución representa un alto impacto presupuestario, cualquiera sea la modalidad de ejecución: aporte fiscal directo o concesiones. Requiere, en consecuencia, de un gran acuerdo político nacional de inversiones para los próximos diez años al menos y una fuerte convicción en torno a un plan de fortalecimiento y modernización, que necesariamente debe considerar cambios en la gestión de los establecimientos para realmente producir mejoras en la atención.

Los nuevos hospitales en construcción o con reparaciones mayores ofrecen una oportunidad para introducir nuevos modelos de gestión. En ese sentido, la comisión plantea que recurrir a las concesiones como solución estrictamente inmobiliaria o financiera resulta absolutamente insuficiente si no lleva consigo un importante mejoramiento de la gestión. El marco legal actual permite este modelo.

Es necesario realizar definiciones que permitan hacer más eficiente el modelo de atención, por ejemplo, se considera necesario generar infraestructura socio-sanitaria de baja complejidad, que permita reservar las camas hospitalarias para pacientes agudos y, al mismo tiempo, incrementar la proporción actual de camas de mayor complejidad. Se deben incentivar las inversiones publico-privadas, especialmente en lugares donde ambos sectores por sí solos no puedan disponer de dicha oferta.

En el corto plazo la red de hospitales públicos necesitan desarrollar con eficacia un modelo de gestión clínica y financiera que les permita cumplir con el desafío de certificarse como establecimientos públicos autogestionados lo que implica desarrollar al menos los siguientes elementos:

- i) Herramientas de gestión estratégica con su respectivo control de gestión.
- ii) Sistema de mejoramiento continuo de la calidad de todos los procesos (clínicos, de apoyo y logísticos).
- iii) Incentivos a los equipos clínicos para mejorar conjuntamente calidad y productividad.
- iv) Financiamiento basado en sistemas de costos y herramientas que permitan ajustes por complejidad y eficiencia.
- v) Se requiere modificar los métodos de transferencia de recursos a los hospitales, de modo tal que se haga recientemente importante un financiamiento asociado a la prestación de servicios o a los resultados, versus el mecanismo predominante en la actualidad, que está asociado al pago de los factores de producción sin relación con los resultados.

- vi) Se plantea que se debe implementar un nuevo trato laboral con los médicos, otros profesionales y funcionarios de la salud pública, incluyendo la Atención Primaria de Salud (APS), que solucione los problemas de inamovilidad (planta) o precariedad (contrata y honorarios) del empleo público y permita recompensar adecuadamente la excelencia, la productividad y las jornadas laborales extendidas.
- vii) Tecnologías que simplifiquen la burocracia y mejoren la integración de los registros clínicos para la atención en red.

Un elemento central de la transformación dice relación con el desarrollo de mecanismos de gobierno para los Servicios de Salud y los Hospitales Autogestionados. Se requiere que cuenten con poderes y autonomía, que pueda nombrar a los directores de los hospitales y consultorios, evaluar su trabajo, decidir su continuidad, fijar las políticas en el nivel comunitario o la forma de aplicar políticas generales del Ministerio.

Para cumplir estos desafíos, necesariamente se debe aumentar la autonomía y flexibilidad de la administración, transitando a futuro a modelos de concesiones que incluyan la gestión de redes asistenciales, incluyendo atención primaria. En este modelo el estado compra “soluciones” de salud para una población mediante un pago per cápita bajo garantías y control estatal, con incentivos y castigos al concesionario en función de su desempeño. Se plantea así, un modelo integral que contempla complementariedad pública-privada, en el que sin perder la propiedad ni el control estatal, se permite la inversión y la gestión privada.

El Presidente del Colegio Médico de Chile, Dr. Pablo Rodríguez, hace la aclaración que su organización ha respaldado a la fecha solo un modelo de concesiones de infraestructura y los servicios logísticos y que otros aspectos deberían ser discutidos en el seno de su organización. Igual precaución manifiesta referente a los cambios en los modelos de gestión.

## **FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS**

Otra materia que se profundizó en la Comisión fue la relacionada con la formación de especialistas.

De los aproximadamente 23 mil médicos activos del país, 11.500 están registrados como especialistas CONACEM y un 60% de ellos trabaja exclusivamente en el sector privado. Un estudio reciente del Banco Mundial encargado por el MINSAL, ha estimado que en el sistema público de salud faltan 1600 especialistas en jornadas de 44 horas, especialmente anestesiólogos, traumatólogos, internistas y psiquiatras. El año 2009 se dispuso de 557 cupos para formar especialistas y el año 2010 aumentaron a 656, para 1.100 egresados de la carrera de medicina tarea que estiman debe recaer en el Ministerio de Salud y no en los servicios y hospitales, a quienes no les corresponde regular el mercado del trabajo.

El Ministerio de Salud debiera financiar la formación de un mayor número de especialistas, con el compromiso de desempeñarse en los lugares deficitarios del país, incorporando en esta tarea a las universidades públicas y privadas, ya que una causa de las falencias actuales es la necesidad de autofinanciamiento por parte de los estudiantes, a pesar que estos profesionales efectúan labores asistenciales significativas en cuanto a productividad.

La atención primaria de salud (APS) requiere, a su vez, de mayor capacidad de resolución diagnóstica con imágenes y laboratorio, en manos de un número suficiente de especialistas, fundamentalmente usando como base del equipo a los médicos de familia.

La necesidad de formación de especialistas demanda un esfuerzo especial de las facultades de medicina, integrando los campos clínicos disponibles en el país tanto en el sector universitario, público, privado, mutuales y Fuerzas Armadas, los cuales deberían estar acreditados y dotados de las condiciones necesarias para la especialización.

El MINSAL debiera definir una política de uso de campo clínico con una mirada de país y de libre acceso para todos los centros formadores de especialistas acreditados. Se deben definir incentivos para las especialidades en falencia y los cupos de formación deben estar regulados por el Ministerio de Salud según requerimientos nacionales.

Otro aspecto necesario es que se disponga de la dotación de equipamiento y tecnología en los centros de destinación que permita el ejercicio pleno de la especialidad. También los especialistas deben contar con incentivos económicos atractivos, flexibilidad laboral para realizar docencia, investigación y ejercicio privado, además de opciones para perfeccionamiento continuo.

*Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.*