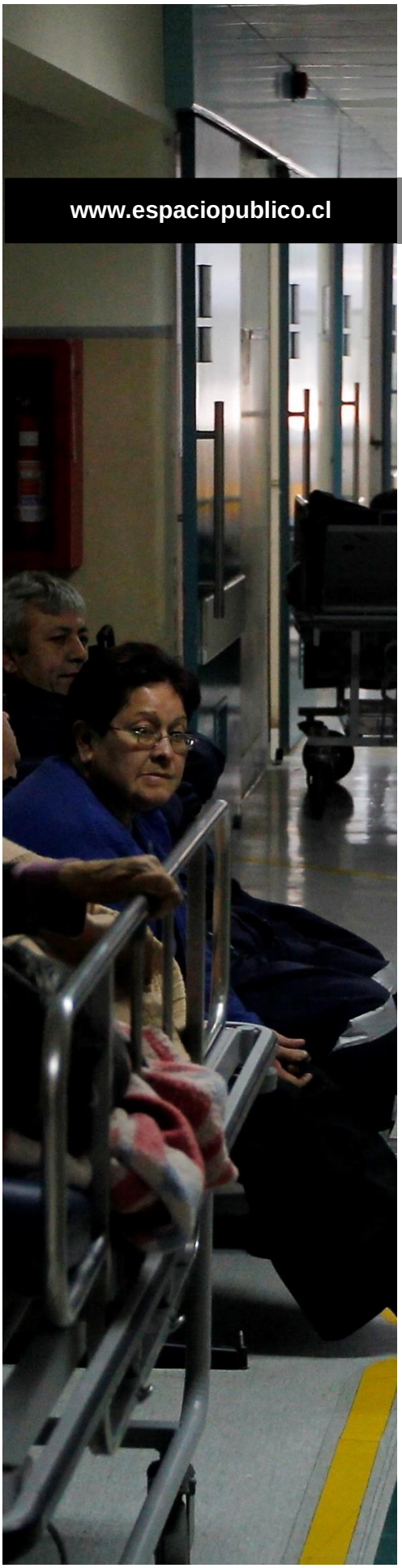


Créditos: Diario La Tercera.

ESPACIO PÚBLICO

12

www.espaciopublico.cl

DOCUMENTO DE REFERENCIA / JUNIO 2014

Propuesta de reformas a los prestadores públicos de servicios médicos en Chile

MARCOS VERGARA

Médico, Universidad de Concepción. Magíster en Administración de Salud, Universidad de Chile. Doctor en Salud Pública, Universidad de Chile. Académico del Programa de Políticas y Gestión de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Miembro de la Red de Espacio Público.

Los Documentos de Referencia son trabajos que Espacio Público encarga a investigadores, académicos y expertos externos. Los documentos reflejan la visión de los autores y no necesariamente representan la opinión de Espacio Público.

Resumen Ejecutivo

Las clínicas privadas más importantes de Chile han más que duplicado su capacidad instalada del 2.000 en adelante y existen proyectos de expansión en desarrollo, sin que se haya verificad un crecimiento semejante de la población protegida por los seguros privados.

Por su parte, el sistema público, cuyos beneficiarios sí han crecido en los mismos años, parece al margen de esta expansión de la oferta de servicios y mantiene una producción de egresos hospitalarios estable a través del tiempo.

Este documento explora extensamente estos asuntos que se enuncian, intenta encontrar fenómenos causales que los expliquen y, derivado de ello, propone algunas medidas de reforma para la prestación de servicios en el sistema público.

Una trilogía que explora el modelo de financiamiento (relaciones entre agencias y mecanismos de transferencia de recursos), gobernanza en hospitales públicos y marco jurídico-administrativo (el hospital público como Empresa Autónoma del Estado o como Hospital Experimental), componen una estrategia de medidas complementarias y sinérgicas que, combinadas, podrían ponerse en práctica como un “programa piloto” sectorial. Un detalle de estas medidas es el siguiente:

Modelo de Financiamiento

Parece esencial el contexto en que se desenvuelve el hospital y las principales relaciones de dependencia y de intercambio que se despliegan en ese contexto. Podríamos considerar como escenario más probable para el financiamiento el modelo vigente, pero es posible innovar sin mayores riesgos presupuestarios.

Existe un espacio para escalonar el pago, con una transferencia capitada global al Servicio de Salud –gestor de la red- basada en la población inscrita en atención primaria (APS) y, desde allí, una segunda capitación hacia la APS, siguiendo la lógica de población a cargo. La asignación per-cápita, si acaso razonable en cuantía, representa un incentivo para modular la demanda –contiene la sobreutilización y estimula apropiadamente el consumo necesario-, pues el riesgo queda completamente transferido. Es decir, racionamiento –inevitable- pero con racionalidad sanitaria. El riesgo estaría en manos de quienes modulan demanda.

Desde el Servicio de Salud se generaría un pago a los hospitales, en un formato asociado a producción y resultados (diagnósticos resueltos y no solo prestaciones), pero con una proporción de la compra de interconsultas de especialidad generada desde atención primaria (fundholding al estilo inglés, con un fondo que puede ser virtual y ajustado a una tasa de derivación y a un mix primera consulta/consulta repetida), estimulando el acceso a las especialidades.

Parte de la transferencia al Hospital debería asociarse al grado de cumplimiento de metas comprometidas en convenios de desempeño con el Servicio de Salud, considerando el cierre de una brecha estructural o de eficiencia, cuando exista.

Siendo el beneficiario de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) de FONASA el cliente principal y ésta la modalidad sobre la que rueda GES, es central que el gestor de red maneje la compra como un instrumento de gestión, más allá del proveer financiamiento y éste es un tema que los Servicios de Salud ya conocen.

El esquema de financiamiento propuesto mira el funcionamiento de la red y su gestión como ventaja competitiva del sector público prestador.

Gobierno Corporativo

No se trata solo del gobierno hospitalario y esta es la ocasión de introducir un avance en el gobierno de las redes asistenciales y de los hospitales públicos, a la vez. Las razones para no perder de vista el tema de las redes asistenciales sobran y se han explicitado antes, en plena consistencia con este punto. Se propone establecer directorios para los Servicios de Salud, gobernados desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales, sustituyendo la dependencia unipersonal.

Por su parte, la razón central para establecer un gobierno corporativo en un hospital público se basa en el hecho de que éste suele ser la más importante empresa en una localidad, dispone de una gran cantidad de recursos, que ofrece oportunidades de empleo a la comunidad, compra servicios variados, presta servicios en un tema de gran sensibilidad social y no obstante su dirección, es unipersonal y está muy expuesta al riesgo de cometer errores.

La fórmula que se propone para diversificar el riesgo es flexible, salvo por el hecho de que debería ser el Director del Servicio o alguien que el propio Director designe, quien presida un Directorio del Hospital. También debería designar a otros miembros –especialistas en las materias que importan al giro (gestión y salud pública), no funcionarios del Servicio, para evitar confusiones- en un número tal que garantice el control mayoritario por parte del Servicio. Con el propósito de ampliar la base de representación de los dueños, a ese directorio podrían concurrir Directores de Salud de Atención Primaria o representantes de los intereses de la comunidad, incluyendo los de los médicos.

En el caso de un Servicio de Salud que constituya directorios en más de un hospital podrían cambiar sólo los Directores de Salud de Atención Primaria y representantes de la comunidad, manteniéndose en todos los directorios el mismo núcleo de especialistas designados por el Director del Servicio.

El Directorio se reuniría periódicamente en sesiones ordinarias, se llevarían actas numerando correlativamente los acuerdos y el Director del Hospital asistiría para rendir

cuentas de su gestión, sólo con derecho a voz. En caso de no ser médico, interesaría la concurrencia simultánea del Director Médico o figura equivalente. Las actas deberían estar disponibles para el escrutinio de la comunidad.

El Director del Hospital sería elegido por el Directorio desde la terna que se proponga a través del Sistema de Alta Dirección Pública y el propio Directorio tendría la obligación de evaluarlo anualmente y la facultad de removerlo. En la medida que el Directorio sea controlado por los intereses del Servicio, esto equivale a la situación actual, donde el Director de Servicio selecciona desde la terna y evalúa el cumplimiento de un Convenio de Desempeño individual.

Sin embargo, si prospera la idea de cambiar los mecanismos de financiamiento para la "gestión en red", solo se requeriría volver a pensar en desconcentrar a la Subsecretaría de Redes del MINSAL e instalar allí el sistema de gobierno, con un modelo del tipo ex SNS y con un directorio multidisciplinario que minimice los riesgos de las decisiones, evite la captura del sistema por parte de grupos de interés y asegure una buena "accountability" del sistema. Por cierto, haría falta un brazo armado para garantizar equilibrio financiero y buena productividad, tarea que en la actualidad intenta realizar Fonasa. Esto permitiría al Ministerio de Salud concentrarse en las funciones esenciales de salud pública y a Fonasa actuar como seguro/comprador.

El Hospital Público como Empresa Autónoma del Estado o como Establecimiento Experimental

La perspectiva del hospital público como empresa autónoma del Estado no es incompatible con el planteamiento realizado en materia de gobierno corporativo. Es decir, un hospital público podría ser una empresa pública –que en lo sustantivo implica no regirse por el estatuto administrativo, sino por código del trabajo- y a la vez tener un sistema de gobierno como el que hemos esbozado.

Ahora bien, este es un punto de alta sensibilidad política por sus implicancias para buena parte del funcionariado, pero otra parte del mismo podría ver una clara ventaja en reemplazar los precarios contratos de modalidad "a contrata" por contratos indefinidos que al menos le garantizarían una indemnización en caso de desvinculación por parte del empleador. Esto podría abordarse como un modelo "piloto" y tal vez no es tarde para los próximos debutantes de La Florida y Maipú.

Ahora bien, el caso del Hospital Experimental se mueve en esta misma dirección, la de crear condiciones que faciliten la gestión de los recursos. Esto, sumado a un modelo de gobierno corporativo como el descrito no haría mucha diferencia con respecto a la idea de la empresa autónoma del Estado. Quizás la eliminación de la palabra empresa ayudaría a reducir la oposición ideológica, tanto como la sustitución de la idea de

"experimentales" por "clínicos" como se ha pretendido incorporar al trámite del proyecto de ley para los hospitales de La Florida y Maipú.

Ahora bien, ante la improbabilidad de contar para los hospitales autogestionados en red (EAR) con un marco jurídico-administrativo distinto al estatuto administrativo, que las organizaciones de trabajadores legítimamente defienden, es necesario incorporar algunas propuestas en materia de Inversión y de Recursos Humanos que eviten recurrir a la construcción de un nuevo marco jurídico-administrativo:

- Inversiones

El Ministerio de Salud necesita recursos para realizar cuantiosas inversiones para el cumplimiento de las tareas propias de este giro que el Estado ha asumido en Chile: producción de servicios médicos o clínicos. Lo anterior implica además una urgente actualización de estándares y criterios de priorización, tanto como una modernización de la formulación y ejecución presupuestaria (entre otros, más subtítulo 29 para las inversiones autónomas de reposición y actualización del capital depreciado en los hospitales EAR).

En paralelo a lo anterior, se requiere realizar el gasto apropiado y suficiente en mantenimiento de edificios y equipos, activos fijos que constituyen el capital del sector, que se deteriora rápidamente año tras año porque los gestores hospitalarios carecen de incentivos para cuidar el capital cuando resulta de inversiones que terceros realizan y que en algún momento tendrán que volver a realizar.

- Recursos Humanos

Es necesario reducir los mecanismos informales de expansión de la dotación de personal (contratación de servicios, uso para esos efectos de las fundaciones y corporaciones de ayuda, etc.) por la pérdida de control sobre el gasto que esto ha venido ocasionando y también por el desapego que estos mecanismos producen entre los profesionales y el hospital.

Es preciso distinguir dos fenómenos: primero, la dotación insuficiente, sin que medie escasez de ese tipo de personal en el mercado del trabajo del sector salud. Simplemente, no se cuenta con cargos para completar turnos y actividades de cuidados, lo que ocurre en el caso de enfermeras y técnicos paramédicos. En segundo lugar, el caso de los profesionales escasos, donde se cuenta con los cargos pero no se llenan como consecuencia de que el sector privado puede hasta triplicar el valor hora que ofrece respecto del ofrecido en los hospitales públicos. Aquí está el típico caso de los anestesistas y de los médicos intensivistas.

Cabe, entonces, ajustar las dotaciones del personal de cuidados a los estándares en uso y mejorar las remuneraciones de los médicos con foco en especialidades escasas, para cerrar las brechas con el sector privado. Pero, en este último caso, el Ministerio de Salud

debe intervenir decididamente en el mercado del trabajo médico para aumentar la oferta de especialistas escasos.

La mejora señalada antes, debe ser muy cuidadosa y balanceada, pues en la medida que no se realice un incremento de la oferta de especialistas (o sea, que se avance más rápido en la mejora de remuneraciones), podría verificarse un escalamiento “simétrico” de las remuneraciones con el sector privado y un aumento global de los costos para el sector, sin un correlato en mayor dotación de médicos disponibles para el sector público.

ÍNDICE

1 Introducción 9

2 Diagnóstico 10

2.1 La prestación de Servicios Médicos en Chile 10

2.1.1 Antecedentes 10
2.1.2 Los problemas de la integración público-privada 11
2.1.3 En los últimos años, GES mediante 13
2.1.4 Rol de los médicos: el mantra de la libertad de elección 21

2.2 El aseguramiento en el Sistema Público: el Fondo Nacional de Salud 23

2.3 Los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) y los Establecimientos Experimentales (EE) del Sistema Público en Chile 26

2.3.1 Gestión Clínica 28
2.3.2 Gestión de los recursos 28
2.3.3 Gestión "en Red" 33
2.3.4 Los Establecimientos Experimentales (EE) 34

2.4 Gobierno Corporativo 35

3 Experiencia Internacional en la relación seguros/prestadores 37

3.1 El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS) 37

3.2 El modelo español 40

3.3 El modelo canadiense 45

3.4 En síntesis 47

4 Las Reformas que se proponen al sistema prestador público 49

4.1 Inversiones 49

4.2 Modelo de Financiamiento. 50

4.3 Gobierno Corporativo para Hospitales Públicos 54

4.3.1 Marco Jurídico 54
4.3.2 Desde los principios de la OECD 56
4.3.3 Diseño propuesto 57

4.4 El Hospital Público como Empresa Autónoma del Estado o como Establecimiento Experimental 62

5 Cierre 65

1 Introducción

Las clínicas privadas más importantes de Chile han más que duplicado su capacidad instalada del 2.000 en adelante y todavía existen proyectos de expansión en desarrollo para los próximos años, sin que se haya verificado un crecimiento semejante de la población protegida por los seguros privados.

Por su parte, el sistema público, cuyos beneficiarios sí han crecido bastante en los mismos años, parece al margen de esta expansión de la oferta de servicios y mantiene una producción de egresos hospitalarios bastante estable a través del tiempo.

Este documento explora estos asuntos que se enuncian, intenta encontrar fenómenos causales que los expliquen y, derivado de ello, propone medidas de reforma para la prestación de servicios en el sistema público.

Una propuesta que explora mecanismos de transferencia de recursos –incluyendo inversiones-, gobernanza y marco jurídico-administrativo –incluyendo recursos humanos-, componen una estrategia de medidas complementarias y sinérgicas que combinadas podrían ponerse en práctica como un programa sectorial.

The most important private clinics in Chile have more than doubled their capacity implemented from 2000 onwards and there are still developing projects to expand them in the next few years, without a similar growth occurred within the population already covered by private insurance.

At the same time, the public system, whose beneficiaries have actually increased within the same period of time, seems to be excluded from this expansion in the available services and, nevertheless, maintains a quite stable hospital outcome production through time.

This document explores the fore mentioned issues, attempts to find the probable causes that could explain them and, from that, it suggests measures to make a reform for providing services in the public system.

A proposal which explores resources transfer mechanisms –including investments-, governance and legal-administrative frame –including human resources-, make up a strategy of complementary and synergic measures which, combined, could be put in place as a sectorial program.

2 Diagnóstico

2.1 La prestación de Servicios Médicos en Chile

2.1.1 Antecedentes

La presencia de un tercero pagador ha sido fundamental para el desarrollo del sector prestador privado de salud en el caso chileno (Servicio Médico Nacional de Empleados –SERMENA-, Modalidad de Libre Elección –MLE- del Fondo Nacional de Salud –FONASA-, Instituciones de Salud Previsional –ISAPRE- y, en los últimos años, seguros de salud complementarios). La prestación de servicios a beneficiarios del sector público por prestadores privados se verifica principalmente a través de la MLE de FONASA y sus variantes (Pago Asociado a Diagnóstico -PAD-, convenios especiales de compra). La prestación de servicios a beneficiarios de las ISAPRE por prestadores privados (los primeros clientes naturales de los segundos) también podría entenderse como un asunto público, en la medida que se trata de un modelo protegido previsionalmente y, de esa manera, intencionado por el Estado. Por último, la prestación de servicios del sector público prestador a los beneficiarios de FONASA está operacionalizada en la práctica a través de la compra de prestaciones bajo la Modalidad de Atención Institucional –MAI-.

El comando o regulación de estas relaciones de compra y venta radica en el sistema previsional de salud. No hay restricciones técnicas, teóricamente, para desarrollar actividad público-privada complementaria en el ámbito de la prestación de servicios de salud. Las hay, eso sí, en términos prácticos (en los hospitales públicos, para vender y en FONASA, para comprar).

Sin considerar las camas psiquiátricas y geriátricas, el sector público de salud cuenta al 2010 con 27.245 camas y el sector privado con 6.101. El país dispone también de 3.463 camas institucionales (cobre, universidades, fuerzas armadas) y 952 asociadas a Mutualidades, que administran el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (SATEP). Alrededor de 2,2 camas por 1.000 habitantes.

La cobertura actual de necesidades depende de la expresión concreta de las mismas (demanda) y de condiciones estructurales de la oferta (p.ej. dónde están las principales inversiones y de qué tipo son). Esto en Chile implica que en lo inmediato cabe un ajuste

de la oferta público-privada de servicios al cambio demográfico y epidemiológico ya experimentado, cuyo rezago se aprecia en la deficitaria dotación de camas para el cuidado de pacientes críticos y para cuidados socio-sanitarios de pacientes crónicos, en el extremo de la capacidad resolutiva de menor complejidad.

Por otra parte se requiere capacidad de compra de servicios (sistemas, mecanismos, tarifas), la que en el caso chileno está parcialmente desarrollada en sistemas con larga experiencia en esa función, como el propio seguro público –FONASA- y las instituciones de salud previsional –ISAPRE-, especialmente en la compra de servicios por prestaciones ("fee for service"). No ocurre lo mismo con formatos de compra que transfieran riesgo, total o parcialmente (paquetes de precio conocido, capitación) o que condicionen el pago a resultados.

2.1.2 Los problemas de la integración público-privada

Habida cuenta de lo descrito antes, en una perspectiva más amplia sobre la integración público-privada, algo especialmente valioso de la propuesta de reforma de la salud que hizo al gobierno un grupo de expertos en el año 2011 (Comisión Illanes), fue explicitar dos temas de la mayor importancia social por su significado y trascendencia.

Estos temas, que son aquellos frente a los cuales se concentra la mayor proporción de reacciones cuando aparecen en las propuestas, dicen relación con las ideas de solidaridad en el financiamiento (en particular, aquella radicada en el uso colectivo de las cotizaciones) y de portabilidad de subsidios públicos hacia entidades aseguradoras previsionales privadas.

Las reacciones frente a las propuestas han provenido principalmente de dos orígenes:

i) de las Isapres, que ven en la propuesta de solidaridad por riesgos (con fondo de compensación), la clausura del tipo de negocio al que estaban habituadas –la tarificación por riesgos-. Y, por otra parte, que no comparten la idea de solidarizar las cotizaciones (solidaridad parcial por ingresos), pues las consideran de apropiación individual y no colectiva. Estos puntos están reflejados en la posición de minoría de la propia Comisión y también en la columna de Hernán Büchi del día 21 de Noviembre del 2011 y más tarde en la de don Francisco Pérez Mackenna, el Domingo 19 de Diciembre del mismo año, ambas en el diario La Tercera. A diferencia de lo expresado por el Tribunal Constitucional, para

los citados autores la solidaridad representa un asunto socialmente superado y resuelto bien por el mercado. Solidaridad con cotizaciones sería un impuesto, una expropiación. La salud, piensan ellos finalmente –y no estoy en condiciones de negarlo completamente- es en lo principal un importante negocio para la economía.

Y, ii) de quienes temen que la portabilidad de subsidios impacte sobre la red asistencial pública, dado que restaría a la misma una parte de su población cautiva y ampliaría la proporción privada del sistema mixto. Estos actores, por otra parte, interpretan (algunos sinceramente y otros estratégicamente) que las recomendaciones que se hacen para cambiar el marco institucional de los prestadores públicos representan también un velado intento de privatización (lo mismo ven en las denominadas "concesiones" o en la idea del "hospital como empresa"). A esta posición adhieren el corporativismo de la propia red pública en defensa de sus intereses y, en un meta-nivel, quienes ven en el afán de lucro un elemento que pervierte el quehacer del sector de la salud, razón por la cual la iniciativa privada sólo sería tolerable si dicho afán no existiese (como en las Mutuales, Clínica Alemana, ONGs).

Se suman el Ministerio de Hacienda y otros hombres de números que temen a la duplicación del gasto, pues los hospitales públicos no podrán ajustarse fácilmente a una eventual menor demanda, a menos que se compensara con una mayor apertura de la capacidad instalada a pacientes no MAI. Por último, siendo el gasto creciente de la salud un problema, la privatización es temida también por quienes consideran que las soluciones de mercado son soluciones más caras que las soluciones estatales; en los brazos de esta perspectiva se cobija la idea de buscar de manera preferente "soluciones ad-hoc para pobres" en lugar de hacerles extensivas las confortables soluciones de la clase media[1]. Esto, que está en la frontera del fenómeno aspiracional de los nuevos miembros de la clase media, se argumenta a favor también desde una preocupación por no dejar en manos del mercado un mercado con tantas fallas, pero en el marco de esta legítima preocupación se radicalizan las soluciones para el caso de los más pobres, mientras para la clase media se moderan los afanes regulatorios y se toleran mejor las mentadas fallas.

---

[1] La "Ley de Pobres" en la Inglaterra del siglo XIX, a la que hace referencia Foucault, representa a mi juicio el apparthaid sanitario que se reproduce posteriormente en los países herederos de esas tradiciones. Ver Foucault, M. "La Vida de los Hombres Infames". Ed. Altamira, Buenos Aires. Capítulos 6, 7 y 8. 1996

Las malas noticias en el sector de la salud son, entonces: i) la solidaridad en riesgos y en ingresos usando cotizaciones, para los partidarios del estado subsidiario y del mercado como principal asignador de recursos y, ii) la portabilidad de subsidios estatales, para quienes temen a la privatización y son partidarios de la protección del sistema público en sus actuales condiciones.

Más allá de los intereses que se despliegan en ambas posiciones, es posible apreciar en aquello también una "cuestión de identidad", entendiendo por ello la suma de legítimas convicciones (ideologías) y razones estratégicas de posicionamiento en la arena política (que recrudece en períodos eleccionarios y transforma la realidad sectorial en una cuestión simbólica). Cabe reconocer que las *visiones de mundo* reflejadas en las reacciones expuestas representan los extremos de una discusión muy polarizada que se arrastra por años en el sector de la salud en Chile, destruyendo valor. Esto es lo que alguna vez denominamos "la dicotomía estado-mercado"[2]. Dos modelos de sociedad que se reflejan muy bien en el sistema y que subyacen en el seno de los partidos políticos, que han sustentado por más de dos décadas la segmentación del sistema de salud chileno.

2.1.3 En los últimos años, GES mediante

Según ha elaborado Clínicas de Chile A.G., unos 15,5 millones de chilenos se encuentran cubiertos por el sistema previsional FONASA+ISAPRE, 12,7 millones en el primero y 2, 8 millones en el segundo. Siendo los asegurados de ISAPRE clientes preferentes del sector privado prestador, de entre los asegurados de FONASA, unos 4,2 millones son potenciales clientes del sector privado, correspondientes a los clasificados en los grupos de ingresos más altos, C y D. Si a ello se agregan unos 175 mil ciudadanos que figuran como particulares en el quinto quintil de CASEN, los potenciales clientes del aparato prestador privado alcanzarían a unos 7,2 millones en la actualidad (Ver Cuadro Nº1).

[2] Vergara, M. "La Dicotomía Estado-Mercado del Sector de la Salud en Chile". Estudios Sociales. Corporación de Promoción Universitaria, Santiago, Chile. Vol 2:115-131. 2001.

Cuadro Nº1: Cobertura público-privada del sistema de seguridad social de la salud y potencial clientela del aparato prestador privado en la actualidad

Cobertura del Sistema de Salud en Chile (años seleccionados)								
Años	Subsistema Público FONASA	%	Subsistema Privado ISAPRE	%	Otros (*)	%	TOTAL	%
2001	10,156,364	64.9%	2,940,795	18.8%	2,561,472	16.4%	15,658,631	100%
2002	10,327,218	65.2%	2,828,228	17.9%	2,677,085	16.9%	15,832,531	100%
2003	10,580,090	66.1%	2,729,088	17.0%	2,697,251	16.9%	16,006,429	100%
2004	10,910,702	67.4%	2,678,432	16.6%	2,591,194	16.0%	16,180,328	100%
2005	11,120,094	68.0%	2,660,338	16.3%	2,569,544	15.7%	16,349,976	100%
2006	11,479,384	69.5%	2,684,554	16.3%	2,351,436	14.2%	16,515,374	100%
2007	11,740,688	70.4%	2,776,912	16.6%	2,163,172	13.0%	16,680,772	100%
2008	12,248,257	72.7%	2,780,396	16.5%	1,817,519	10.8%	16,846,172	100%
2009	12,504,226	73.5%	2,776,572	16.3%	1,730,776	10.2%	17,011,574	100%
2010	12,731,506	74.1%	2,825,618	16.5%	1,614,239	9.4%	17,171,363	100%

Fuente: Boletín Estadístico FONASA 2009 - 2010, Página Web de FONASA
(*) Fuerzas Armadas, otros sin previsión

Demanda potencial de servicios para el Sector Privado Prestador								
Años	Subsistema Público FONASA	%	Subsistema Privado ISAPRE	%	Otros (*)	%	TOTAL	%
2010	4,212,859	58.4%	2,825,618	39.2%	175,146	2.4%	7,213,623	100%

Fuente: Boletín Estadístico FONASA y Clínicas de Chile A.G.
(*) Particulares V Quintil

La traducción en demanda por prestaciones de las necesidades de estos potenciales clientes de los prestadores privados estaría apalancada de manera muy importante en las 3,5 millones de pólizas de seguros complementarios -algunas de ellas desarrolladas por las propias clínicas-, en la insatisfacción de clientes FONASA con los servicios públicos, en particular los retornados desde las ISAPRE del año 1997 en adelante (listas de espera, trato) y, en el margen, en el poderoso impulso aspiracional de la clase media creciente.

Con todo –y poco hemos explorado los resultados a la fecha- en el 2005 se dio curso a una reforma en el sector, materializada en una política pública con enfoque de derechos, que consistió en garantizar por ley a los ciudadanos el acceso a la solución de un conjunto de problemas de salud, tanto en oportunidad (plazos) como en calidad (acreditación). El cumplimiento de estas garantías de oportunidad para los beneficiarios de FONASA ha requerido focalizar los esfuerzos para lograrlo, al tiempo que la entrada en vigencia de la garantía de calidad ha debido aplazarse ya en tres oportunidades.

Habida cuenta de lo anterior, el Ministro de Salud del Presidente Piñera salió precozmente a comprar prestaciones con precio conocido al sector privado prestador, vía licitación, lo

que fue interpretado como la etapa previa al "bono AUGE" prometido en campaña. Esto, según se explicó, era preferible a seguir comprando con poco control sobre los precios a pesar de los volúmenes. Se agregó de esta forma una nueva clientela proveniente de los grupos A y B de FONASA para determinadas patologías (en este caso GES).

Decisión razonable aquella, porque los precios serían conocidos y, por sobre todo, decisión razonable porque permitiría cumplir con los ciudadanos, según se desprende de la política de Garantías Explícitas de Salud (GES) vigente. Si se tenían en consideración los incumplimientos detectados, aquella parecía ser una solución eficaz para los asegurados en el sector público y desafiante y potencialmente fructífera para un gobierno de 4 años.

El gobierno, de hecho, comprometió simultáneamente el término de las listas de espera GES. Con el subconjunto de problemas GES hay garantías legales de oportunidad que establecen los tiempos máximos dentro de los cuales los problemas deben ser resueltos. Por otro lado, las GES son sólo una parte del total de las listas de espera y, en consecuencia, sí pueden ser eliminadas si se pone sobre ellas el foco de atención de los hospitales y, en el peor de los casos, si existen recursos para comprar servicios al sector privado. De hecho, las listas de espera GES, por definición, no deberían existir.

La medida también tenía ventajas en el corto plazo para los propios hospitales públicos, dado que la demanda insatisfecha dejaba de golpear en sus puertas y FONASA se hacía cargo de cumplir con el GES de sus asegurados, lo que parece ordenador y lógico. Sin embargo, parados desde el Ministerio de Hacienda y con una perspectiva país de largo plazo, valía la pena también invertir energía y recursos en mejorar los servicios en los hospitales públicos.

Entonces se hace visible lo que lo anterior significa: servir la deuda vencida de los hospitales públicos y prevenir su reproducción, gestionar las listas de espera No GES y la saturación de los servicios de urgencia, mejorar sustantivamente los sistemas de gobierno y de gestión de los hospitales, incorporar y mantener a los especialistas faltantes –incentivos mediante, hoy ausentes-, en muchos casos materializar cuantiosas inversiones pendientes para funcionar y de paso cumplir con las garantías de calidad acreditables, ajustar las dotaciones de personal, hacer pleno uso de las instalaciones existentes, etc. Es decir, desafíos que tomará tiempo resolver, en especial si no median algunas transformaciones de fondo que faciliten esos cambios.

El gobierno ha tenido, entonces, dos vertientes para el desarrollo estratégico del sector: una de corto plazo, que genera condiciones básicas de factibilidad técnica, política y social y, otra de largo plazo, que determina en gran medida la sustentabilidad del sistema. En la transición ha debido estar atento a los brotes de descontento sindical y ciudadano y a cuidar la imagen de ingobernabilidad hospitalaria que pudo surgir de la casuística de problemas y denuncias a que nos hemos venido habituando, pero que no han emergido con intensidad.

Sin embargo, hemos oído hablar: i) de cómo la deuda hospitalaria pública se vuelve a reproducir, alcanzando recientemente niveles históricos, con 6 o 7 servicios de salud en niveles críticos, ii) de cuantiosas inversiones que, resuelto los estragos del terremoto, se realizarán utilizando como mecanismo preferido de financiamiento las concesiones (hasta aquí sólo están en etapa final de construcción y habilitación los dos hospitales concesionados de la Presidenta Bachelet), iii) de un fuerte intento de alineamiento de la gestión hospitalaria basado en un set de indicadores para Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), convenidos con la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda y en la creación de una División de Gestión Financiera de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Y, iv) por cierto, de conflictos en la Posta Central.

Cuadro Nº2

Estimación de Inversiones en 19 Clínicas de Clínicas de Chile A.G. 2003-2010 (En Miles de Pesos de Dic 2010)

	Costos Operación + Gastos Administración y Ventas (a)	Activo Fijo Clínicas (b)	Incremento Activo Fijo (c)	% Incremento Activo Fijo (d)	Depreciación del período (f)	% Depreciación del período (g)=(f)/((f)+(b))	Inversión Estimada (h)=(f)+(c)	Inversión/ Costos (i)=(h)/(a)
2002	236,284,582	277,397,796			92,388,212	25.0%		
2003	264,243,965	296,147,263	18,749,467	6.8%	104,696,649	26.1%	123,446,116	46.7%
2004	294,192,165	325,963,076	29,815,813	10.1%	122,207,275	27.3%	152,023,088	51.7%
2005	320,417,028	350,122,238	24,159,162	7.4%	137,605,507	28.2%	161,764,669	50.5%
2006	365,845,808	406,079,225	55,956,987	16.0%	153,494,142	27.4%	209,451,129	57.3%
2007	419,270,776	447,274,236	41,195,011	10.1%	171,276,432	27.7%	212,471,443	50.7%
2008	468,991,928	497,626,758	50,352,522	11.3%	192,984,034	27.9%	243,336,556	51.9%
2009	526,495,469	543,973,638	46,346,880	9.3%	165,009,629	23.3%	211,356,509	40.1%
2010	573,646,882	600,721,095	56,747,457	10.4%	46,836,167	7.2%	103,583,624	18.1%
Diferencia 2010-2002		323,323,299		116.6%				

Fuente: Clínicas de Chile A.G.

En el caso de los prestadores privados, lo que se observa es un crecimiento muy fuerte en las prestaciones, particularmente en días-cama. Además se observa que la industria está

siendo rápida en adecuar la mayor demanda con una mayor oferta de camas (en la última década, el sector privado prestador más importante, las Clínicas de Chile A.G., ha más que duplicado su capacidad instalada medida en activos fijos, según se desprende de sus reportes financieros, expuestos en el Cuadro Nº2).

Casi todas las clínicas importantes están en la actualidad con proyectos de expansión, aunque algunas están experimentando desaceleración de la demanda que proviene del segmento de mercado al cual se han orientado, por lo que el crecimiento se ha reducido respecto al año anterior. Llama la atención que se mantiene un crecimiento fuerte en Intervenciones Quirúrgicas, lo que hace pensar que en los próximos años las clínicas seguirán creciendo a tasas superiores al 7% en la materia y que va aumentar el porcentaje de pacientes quirúrgicos en base a la Cirugía Mayor Ambulatoria.

No está claramente establecido desde donde ha venido la mayor demanda –hay información contradictoria-, sin embargo es apreciable que los Hospitales Universitarios e Institucionales están perdiendo competitividad frente a las Clínicas. Además, si bien no se aprecia un aumento importante del número de beneficiarios de las ISAPRE en el período –clientes naturales y todavía principales de las clínicas privadas- el afiliado promedio de ISAPRE está consumiendo más, lo cual se puede objetivar con las estadísticas de la Superintendencia de Salud.

Cuadro Nº3

Prestaciones de Salud Otorgadas por Prestadores Privados (1)						
	A beneficiarios FONASA		A beneficiarios ISAPRE		A TOTAL beneficiarios	
	Número	%	Número	%	Número	%
2001	21,572,884	37.7%	35,589,407	62.3%	57,162,291	100%
2002	22,954,928	40.3%	33,988,714	59.7%	56,943,642	100%
2003	23,467,994	41.4%	33,164,722	58.6%	56,632,716	100%
2004	25,352,024	40.3%	37,521,406	59.7%	62,873,430	100%
2005	26,798,854	44.4%	33,597,411	55.6%	60,396,265	100%
2006	28,822,206	46.3%	33,491,530	53.7%	62,313,736	100%
2008	35,108,246	46.0%	41,161,743	54.0%	76,269,989	100%
2010	37,935,574	45.9%	44,650,183	54.1%	82,585,757	100%
2010-2001	16,362,690	75.8%	9,060,776	25%	25,423,466	44.5%

Fuente: Clínicas de Chile AG, con datos de FONASA y Superintendencia de Salud

(1) Atenciones médicas, exámenes, procedimientos, días-cama, intervenciones quirúrgicas, sin APS.

Respecto a los precios en los prestadores privados y habida cuenta del efecto de la incorporación de nuevas tecnologías, si bien existe un mercado competitivo, éste no es tan elástico al precio por parte del paciente. En el mundo de las ISAPRE, a través de los convenios con prestadores hacia los que dirigen la demanda, existe cierta presión a la baja de los aranceles que no obstante están fluctuando siempre por encima del IPC. Menos se sabe de los precios de medicamentos e insumos que normalmente no son tan revisados por las ISAPRE y que constituyen una importante fuente de ingresos en las clínicas.

En el margen, es interesante observar también cómo el modelo de las clínicas ha ido cambiando y cómo es que ahora la demanda se "capta" a través de derivadores que fidelizan al paciente en Centro Médicos importantes y a través de las denominadas Urgencias (generales y escolares). El caso de las Urgencias otrora no era visto como una fuente importante de captación de pacientes por bajo volumen de demanda asociado a los bajos reembolsos de los seguros previsionales, que en la práctica ejercían un fuerte efecto moderador. Con la concurrencia de los seguros complementarios los copagos han sido minimizados, llegando en ocasiones a cero, a propósito, por ejemplo, de los seguros provistos por las propias clínicas. El efecto práctico ha sido el de una expansión de la demanda y consecutivamente de la oferta en los servicios de urgencia, facilitándose de este modo la captación de pacientes.

Por último, el propio desarrollo estratégico de la industria basado en la propiedad simultánea de ISAPRE y Clínicas podría explicar en parte el crecimiento de la oferta (un “círculo virtuoso”, basado en volúmenes orientados por el asegurador hacia el prestador a precios convenientes).

Ahora bien, con el advenimiento de seguros complementarios y productos semejantes desarrollados por las propias clínicas, el sector privado prestador ha diversificado en la actualidad el origen de su demanda y el sector asegurador previsional de las ISAPRE ha perdido alguna importancia relativa en el financiamiento de los servicios, sector que en la actualidad se encuentra sumido en un complejo fenómeno judicial que genera no pocas incertidumbres.

En consecuencia, el sector privado de los prestadores se presenta en la actualidad como un sector muy dinámico, que capta con rapidez las variaciones de la demanda, que logra

interpretar al paciente pero que se mueve en un marco de incertidumbre respecto al mercado asegurador y su integración con aquel.

En contraste, ¿por qué en el sistema público, cuyos asegurados sí han crecido bastante en los últimos años, pasando desde un 57,5% de asegurados en 1997 a un 71,4% en el 2010, es decir, de 8,7 millones a 12,7 en catorce años (ver Cuadro Nº1), no se produce una expansión equivalente de servicios y mantiene instalaciones y una producción de egresos hospitalarios bastante estable a través de esos años? (Ver Cuadro Nº4). Ya hemos sugerido antes que los asegurados formalmente retornados a FONASA desde las ISAPRE, perseverarían en el modelo de atención que les ofrecían estas últimas cuando les aseguraban. Los, Cuadros Nº3 y Nº6 sugieren una respuesta afirmativa, pues muestran un incremento importante de las prestaciones otorgadas por privados a beneficiarios de FONASA, así como un creciente uso de la modalidad de Libre Elección –MLA-, respectivamente.

Los cuadros (Nº4, Nº5 y Nº6) muestran la producción de egresos hospitalarios, días-cama y total de prestaciones para un conjunto de años con datos disponibles en la WEB del Ministerio de Salud, datos de los boletines estadísticos de FONASA y estadísticas de la Superintendencia de Salud, así como una estimación de las inversiones realizadas por el sector público (incluyendo la inversión regional), expresadas como porcentaje del gasto operacional del período (Cuadro Nº7).

Cuadro Nº4

Egresos Hospitalarios S.N.S.S.	
Años	Egresos
2001	1.173.778
2002	1.174.701
2003	1.175.088
2004	1.184.132
2005	1.184.461
2006	1.175.055
2007	1.187.793
2008	1.170.578
2009	1.189.182
2010	1.123.889

Fuente: MINSAL, DEIS, Hospitales SNSS

Cuadro Nº5

Días-cama Totales Sistema de Salud por Asesgurador y por Tipo, sin APS.				
Días Cama	FONASA		ISAPRE	TOTAL
	Institucional	Libre Elección		
2001	6.905.894	899.401	691.080	8.496.375
2002	6.886.292	895.740	733.610	8.515.642
2003	6.958.724	909.544	665.007	8.533.275
2004	7.027.283	894.640	653.549	8.575.472
2005	6.951.518	876.195	627.900	8.455.613
2006	7.063.828	849.656	691.187	8.604.671
2007	7.151.769	837.881	951.076	8.940.726
2008	7.057.763	851.422	1.024.013	8.933.198
2009	7.215.257	809.864	1.043.288	9.068.409
2010	6.969.031	834.275	1.001.300	8.804.606
TOTAL	70.187.359	8.658.618	8.082.010	86.927.987

Fuente: Boletín Estadístico FONASA y Boletines Estadístico Isapres (Super de Salud)

Cuadro Nº6

Prestaciones Totales Sistema de Salud por Asegurador, sin Atención Primaria.				
TOTAL	FONASA		ISAPRE	TOTAL
	Institucional	Libre Elección		
Año 2001	75.951.947	24.637.519	37.202.647	137.792.113
Año 2002	77.268.509	26.360.906	35.828.450	139.457.865
Año 2003	77.993.042	26.971.321	34.977.598	139.941.961
Año 2004	80.289.881	29.401.187	39.187.197	148.878.265
Año 2005	81.536.274	30.433.757	34.472.249	146.442.280
Año 2006	84.360.395	32.531.629	36.762.397	153.654.421
Año 2007	n/d	33.734.999	40.639.542	n/d
Año 2008	n/d	35.761.359	43.697.028	n/d
Año 2009	n/d	36.316.942	46.111.230	n/d
Año 2010	n/d	38.068.346	46.089.222	n/d
Diferencia 2006-2001	8.408.448	7.894.110	- 440.250	15.862.308

Fuente: Boletín Estadístico FONASA y Boletines Estadístico Isapres (Super de Salud)

El Cuadro Nº7 muestra la inversión realizada en el sector de la salud, con recursos sectoriales y regionales y construye el índice que permite comparar este esfuerzo con el realizado por las Clínicas privadas en el mismo período (Cuadro Nº2), observándose una diferencia sustantiva.

Cuadro Nº7

Inversión del SNSS período 1995-2007			
(miles de $ de Dic. 2008)			
Año	Gasto	Inversión	Indice
1995	689,403,575	81,742,455	11.86%
1996	757,476,078	85,078,742	11.23%
1997	801,702,000	77,661,088	9.69%
1998	859,853,395	69,971,988	8.14%
1999	905,202,255	59,012,284	6.52%
2000	950,510,134	54,131,836	5.70%
2001	1,024,149,175	64,228,725	6.27%
2002	1,091,200,763	47,965,107	4.40%
2003	1,146,674,883	63,086,282	5.50%
2004	1,242,088,405	57,025,293	4.59%
2005	1,283,662,742	87,856,212	6.84%
2006	1,422,088,408	141,737,317	9.97%
2007	1,469,005,393	173,360,700	11.80%
TOTAL	13,643,017,207	1,062,858,029	7.79%

Fuente: Fondo Nacional de Salud, ejecución presupuestaria
Gobiernos Regionales, información solicitada

2.1.4 Rol de los médicos: el mantra de la libertad de elección

Habida cuenta de lo descrito, si bien la preocupación por el alza de los gastos en salud predomina en los aseguradores, principalmente en las ISAPRE, también existe en los prestadores, en particular en las clínicas privadas –en los hospitales públicos el sentimiento predominante es el de insuficiencia de recursos y de financiamiento que no cubre los "reales costos técnicos"-, lo que explica que desde hace algún tiempo se observe algún movimiento hacia la paquetización, originalmente promovido por el FONASA a través de los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD). El riesgo traspasado a los prestadores, obliga a gestionar mejor y, principalmente, a alinear a los médicos en torno a lo negociado. Pero eso ha sido más fácil en las clínicas pequeñas. Los médicos prefieren mantener sus honorarios fuera de la transferencia de riesgo y lo harán así en la medida de lo posible.

Para comprender la voluntad que el gremio médico ha mostrado en su afán de encontrar la mejor manera de desarrollarse e influir en el sistema de salud chileno, es preciso poner atención a su reivindicación para el ejercicio liberal de la profesión, que se expresa en el punto de partida de la formación de la intelligentsia médica en Chile. Esto puede ser

central para las soluciones cerradas de atención basadas en la idea de compartir riesgos (capitados, paquetes, etc.).

Más allá de las concepciones político-ideológicas que se manifiestan en distintos momentos de la evolución histórica del sistema de salud, con independencia de los modelos de seguridad social que el país ha adoptado, los médicos han defendido, en cualquiera de sus variantes, el derecho a un ejercicio de la medicina que respete la independencia de la relación médico-paciente y, podría desprenderse de ello, también –idealmente- el libre trato en torno a los honorarios.

El ideario de la libre elección repetido a través del tiempo, evoluciona desde el incipiente modelo de beneficencia que se impone en el contexto del liberalismo del siglo XIX hasta ahora, sin limitar a los médicos su protagonismo en la formulación de propuestas de organización en base al principio de protección de asalariados (modelo Bismarkiano) o único de protección universal (modelo de Beveridge).

En cuanto al modelo de beneficencia del estado de laissez faire o de mercado inspirado en las reformas de los años 80, el alineamiento con el ideario de la libre elección no representa en apariencia problema, puesto que en ambos casos hay una correlación entre los valores que ordenan el modelo y la defensa por parte de los médicos de su independencia respecto al intento de la autoridad por regular la profesión o subordinar su ejercicio a consideraciones de interés público.

Sin embargo, el accionar de las organizaciones corporativas de los médicos es paradojal. Por un lado propician soluciones que en el contexto del estado bienestar tienden a la universalidad del derecho a la salud y, por otra parte, respaldan la medicina de libre elección y el desarrollo en el sistema de seguridad social de una segmentación de la población por categorías de ingreso y condición laboral. El papel gravitante del gremio médico en la organización del sistema evidencia una marcada ambivalencia entre lo que ha sido la defensa de sus intereses corporativos más allá de los compromisos ideológicos y la vocación de compromiso público con la realidad sanitaria del país.

Adicionalmente, de manera creciente en Chile surgen médicos con interés empresarial pero al principio no completamente alejados de la idea de su propio ejercicio como negocio. En la medida que éstos distinguen la vertiente asistencial o de su desarrollo profesional (reconocimiento de los pares, prestigio), de la vertiente de generación de

riqueza por la vía de ser propietarios de acciones valiosas, empiezan a comprender la necesidad de incorporar gestión al quehacer institucional y no lo ven incompatible con sus intereses de desarrollo profesional. Por el contrario, visto así, el espacio para una relación médico-paciente libremente establecida es separable de las medidas que tome la empresa para incrementar su valor. Por cierto este proceso supone ponderar apropiadamente la contribución mutua entre institución y profesional, en cuanto al prestigio que apalanca el negocio. En esta perspectiva, especialistas del sector argumentan que habría una creciente desaprensión de los médicos respecto de lo que ocurre en los hospitales públicos.

2.2 El aseguramiento en el Sistema Público: el Fondo Nacional de Salud

La presencia de la figura del Fondo Nacional de Salud -FONASA- en el caso de Chile no es trivial para la vida de los hospitales públicos. Estos últimos son sus prestadores prácticamente exclusivos, hacia donde se canaliza el grueso de los recursos disponibles para la prestación de servicios a los beneficiarios de FONASA.

El marco jurídico del FONASA establece que le compete un doble ámbito de acción; ser un seguro de salud para sus beneficiarios y, al mismo tiempo, ejercer o desempeñar funciones de macro-gestión financiera de los hospitales del sector público de salud. Esto significa que coexisten en su actuar estos dos roles que habitualmente están asociados a la Institución: el del seguro público de salud y el del fondo de salud.

El seguro público de salud es el organismo que establece compromisos de aseguramiento, al menos de prestaciones y de coberturas financieras para su cartera de afiliados. Aún más, no solo es capaz de comprometer el acceso y la cobertura financiera de las prestaciones y compartir el riesgo con los prestadores, sino también la oportunidad y calidad de la atención en el servicio de salud (GES).

En cambio, el fondo es aquel que, en lo esencial, no establece compromisos de aseguramiento explícito para sus afiliados ni desempeña funciones como la administración del riesgo, la intermediación y el control de costos. Sus tareas están concentradas en la macro-gestión financiera de la red de prestadores y en actividades asociadas a eso mismo. Esto último genera restricciones en el actuar del FONASA como seguro público,

limitando sus posibilidades de gestionar y controlar adecuadamente las distintas garantías establecidas con su población asegurada.

En este contexto, la mayor parte del gasto en prestaciones de sus asegurados, financiados tanto directamente por el FONASA como por su gasto de bolsillo, está centrado en los servicios de salud producidos bajo la Modalidad de Atención Institucional -MAI-, un 85% en el año 2011 . El remanente del gasto se efectúa en prestaciones producidas por oferentes privados inscritos en los tres niveles de la Modalidad de Libre Elección –MLE-.

Esto significa que, en lo principal, la actividad de la Institución está relacionada con los servicios de salud generados en la red pública de prestadores en sus distintos niveles de complejidad, gasto que el año 2011 fue aproximadamente $ 2.631.798 millones y que representaron un 82% del gasto total.

Un aspecto esencial es si la actividad asociada a la red de prestadores públicos es contextualizada en su rol de seguro público de salud o de fondo de salud. A saber, un 46,5% de las transferencias totales del año 2011 a la atención primaria, secundaria y terciaria corresponden al Programa de Prestaciones Institucionales –PPI-, es decir, a recursos asociados a su rol de fondo de salud. Aún más, al considerar solo la atención secundaria y terciaria se tiene que las transferencias PPI representan un 65%. Esto significa que en la red de prestadores pública perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud –SNSS-, cerca de dos tercios de los recursos del FONASA en el 2011 no se asociaban a su rol de seguro público de salud y solo completaban el marco presupuestario. Se sabe de avances a la fecha, después del estudio de costos del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica , producto de lo cual nuevas tarifas para el Pago de Prestaciones Valoradas –PPV- fueron compensadas con PPI.

Esto es de gran relevancia en la discusión de los sistemas de financiamiento y en los mecanismos de pago asociados a los prestadores del SNSS; la gran tarea pendiente es disminuir fuertemente la participación de las PPI en las compras de prestaciones producidas en dichos oferentes. En otras palabras, en la atención secundaria y terciaria se requiere alinear el gasto en prestaciones con el rol asegurador, para profundizar la separación de funciones a través de establecer, por una parte, compromisos explícitos y exigibles entre el seguro y los prestadores públicos y, por otro lado, mayor control por

parte del FONASA en el cumplimiento de dichos compromisos, incluidos los estándares de calidad de servicios de atención con sus asegurados.

Asociado a lo anterior, el rol que denominamos fondo de salud donde hemos incorporado la actividad de control financiero que FONASA realiza por ley en el SNSS, es decir en los hospitales, bien podría ser ejercido por la Subsecretaría de Redes Asistenciales en cuanto administrador de la red.

El seguro previsional de salud en su componente público, FONASA, permite una mayor inclusión y acceso a los diversos servicios de salud que la población necesita, sin generar algún tipo de discriminación por sexo, edad, condición de salud e ingreso como sí lo hacen las Instituciones de Salud Previsional –ISAPRE-. Por otra parte, es el principal seguro previsional de salud con una participación de mercado, en el año 2011, de un 76%, muy por sobre las ISAPRE, que no superan el 17%; incluso de acuerdo a la CASEN de los años 2009 y 2011 la participación del FONASA supera a la de los seguros privados en los quintiles de mayores ingresos. Dicha importancia es mayor en los grupos de mayores gastos esperados en salud, es decir, adultos mayores, mujeres y los grupos de menores ingresos.

Cuadro Nº8: Participación del Gasto FONASA en Prestadores Privados (M$ cada año)

	2007	2008	2009	2010	2011
Gasto ISAPRES en prestadores privados	952.773.524	1.048.428.582	1.197.282.104	1.299.342.413	1.490.288.389
Gasto FONASA MAI en prestadores privados	63.297.585	73.449.833	91.324.754	96.199.027	109.410.653
Gasto FONASA MLE en prestadores privados	381.196.612	396.667.705	431.870.903	433.329.962	465.442.735
Gasto FONASA TOTAL en prestadores privados	444.494.197	470.117.538	523.195.657	529.528.989	574.853.388
Gasto FONASA e ISAPRES en prestadores privados	1.397.267.722	1.518.546.120	1.720.477.760	1.828.871.402	2.065.141.777
Participación gasto FONASA en prestadores privados	31,80%	31,00%	30,40%	29,00%	27,80%

Sin embargo, su gran importancia agregada no se refleja en igual cuantía en el gasto total de prestaciones producidas por oferentes privados. En particular, ha disminuido sistemáticamente entre los años 2007 y 2011 desde un 32% hasta un 28% (ver Cuadro

Nº8), esto explicado en gran medida por el mayor gasto en prestaciones del sector privado por parte de los asegurados de las ISAPRES.

En otras palabras, si bien el FONASA es lejos el principal actor en el mercado de los seguros previsionales de salud, dicha relevancia se refleja en la red de prestadores públicos. En el mercado de prestadores privados de servicios de salud, las ISAPRE abiertas son las principales compradoras y el seguro público, a pesar de su tamaño, no es un gran modulador de prestaciones y precios y, sobre todo, de modelos de compra e incentivos hacia los oferentes en cuestión.

Gran parte de las compras de FONASA son basadas en pago por prestaciones y las asociadas a modelos de compra como el PAD no superan, en el mejor de los casos, el 20% del presupuesto de libre elección. Se requiere profundizar cambios en los modelos de compra hacia similares a los PAD o modelos con mayor transferencia de riesgos al prestador, pero cuidado, un elemento clave en una redefinición de mecanismos de pago no puede centrarse en compra directa de prestaciones de FONASA a los hospitales Establecimientos Autogestionados en Red –EAR-, que es lo que ocurre hoy en la práctica. Parece indispensable no perder la perspectiva de red, pues solo en esa perspectiva es posible actuar sobre la demanda, modulándola en beneficio de conseguir más satisfacción de necesidades con recursos escasos. Esto se ilustra bien en el caso del hospital de Alzira, Valencia , donde el modelo de pago por servicio prestado al hospital concesionado –"fee for service" desestabiliza financieramente al pagador y obliga a concesionar la red asistencial completa sobre la base de un per-cápita.

En consecuencia es preciso pensar en un rediseño de los mecanismos de transferencia con orientación a promover y fortalecer la gestión en red de la prestación de servicios.

2.3 Los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) y los Establecimientos Experimentales (EE) del Sistema Público en Chile

La condición de Establecimientos Autogestionados en Red –EAR- que la reforma del 2005 propuso para resolver los problemas de gestión de los hospitales públicos podría ser contrastada en la actualidad con lo que efectivamente ocurre en dos grandes dimensiones:

i) los resultados finales (impacto sobre la salud de las personas y sobre la calidad percibida de servicios) e intermedios (impacto sobre la producción de servicios, cierre de brechas, letalidad, reingresos, infecciones hospitalarias, etc.) y, ii) el uso de los recursos centrales para la producción de servicios clínicos en hospitales. No existen en la actualidad evaluaciones formales del impacto de la iniciativa EAR de la reforma.

En el caso del impacto en la salud, entramos en una dimensión de marca mayor para estos EAR, tanto como para cualquier prestador de servicios hospitalarios, público o privado. En rigor, la contribución esperada de la actividad hospitalaria a la agregación de años de vida saludables no debería ser la más importante dentro del quehacer sectorial. En muchas ocasiones no está tan claro el resultado final de lo que se hace en los hospitales. Y como es sabido, buena parte del impacto sobre los grandes indicadores de salud proviene del mejoramiento global del nivel de vida de la población (mejor educación, mejor trabajo, más cuidado del ambiente, calidad de la vivienda, etc.).

En cuanto a calidad percibida de servicios, varias decenas de encuestas se realizan en la materia todos los años en Chile, de manera no sistemática la mayoría de ellas y con resultados no comparables entre sí ni a través del tiempo. Las instituciones encargan estas encuestas y en función de sus resultados las ponen a disposición del público o las discontinúan. Por la sensibilidad de la materia, el comando de este componente evaluativo está mucho más en manos del interés político de cada gobierno y no responde del todo al interés por conocer y dar a conocer los resultados. Este es el problema.

En cuanto a los resultados intermedios, éstos suelen estar disponibles después de un esfuerzo por compilarlos, algunos más fácilmente que otros. La producción suele estar conectada directamente con los mecanismos de pago por prestaciones valoradas –PPV-, una suerte de Services Level Agreement –SLA- que se establece con nitidez como parte de la discusión presupuestaria. El cierre de brechas de listas de espera es meta dura para GES (cuya definición básica supone que tales listas no existen, dado que las garantías de acceso se deben cumplir a los ciudadanos en un 100% de los casos) y también ha sido meta para los EAR en problemas NO GES. Las infecciones intrahospitalarias son objeto de monitoreo permanente. Si bien 48 indicadores EAR de distintas categorías (algunos resultados intermedios) se reportan mensualmente al Ministerio de Salud y de ello resulta un puntaje global por establecimiento y un ranking de evaluación, otros resultados

intermedios importantes para la gestión clínica, de uso interno, emergerán del esfuerzo que se hace hoy para codificar en formato de Grupos Relacionados de Diagnóstico –GRD- todos los egresos de los EAR. Esta es la situación al día de hoy.

2.3.1 Gestión Clínica

No hemos de comentar en este documento el significado de la gestión clínica para los hospitales públicos en Chile, cuyos procesos son la columna vertebral del desarrollo y la prestación de la cartera de servicios en cada establecimiento –el "core business"-. Esto –la gestión clínica como eje principal- lo daremos por bien entendido, pero sin perder la noción de que al respecto hay mucho que decir y que avanzar. Con la salvedad de la "gestión de cuidados", la gestión clínica es territorio médico y especialistas en el mundo académico distinguen entre la "gestión clínica" como la tarea propia del jefe de servicio o del jefe de un centro de responsabilidad o de resultado clínico, versus la "gestión de la clínica" tarea de todos y cada uno de los médicos que conforman la dotación de un servicio o centro de responsabilidad o resultados. Estos últimos han de comportarse y tomar sus decisiones clínicas en función de la evidencia científica disponible y de los acuerdos colectivos que se realicen, siempre en el marco deontológico profesional correspondiente.

2.3.2 Gestión de los recursos

Ahora bien, si vamos por el lado de los factores de producción como procesos que convergen a los procesos clínicos principales y los sustentan, miramos sobre tres de ellos que constituyen el grueso del quehacer en un hospital: i) la infraestructura y tecnología, ii) el factor trabajo y, iii) y los medicamentos e insumos clínicos. Estos son, finalmente, los tres factores centrales al momento de poner en marcha algún proceso productivo orientado a la prestación de servicios clínicos. El buen uso de estos recursos forma parte de la esencia de la optimización (mejora continua) de los principales procesos que conducen a maximizar la productividad, entendida como la suma de eficiencia más efectividad.

Gestión de la Capacidad Instalada

Dados el edificio y los equipos para diagnóstico y tratamiento, cada hospital presenta una capacidad instalada cuya productividad debe ser maximizada. Esta sería una hipótesis

discutible en un escenario donde el hospital no paga la cuenta de capital y los precios de transferencia no incluyan su costo, pero es coherente en un modelamiento teórico del negocio y es importante para la rentabilidad privada/social de la inversión, desde el punto de vista país. Pero sabido es que, en una perspectiva con incentivos correctos, eso no basta. Al respecto, la transformación de los hospitales en EAR no representa avances en esta materia. Los hospitales disponen de recursos muy escasos para hacer frente a la verdadera depreciación y realizar inversiones de reposición o actualización como resultado de decisiones propias. Ni siquiera la generación de ingresos propios por venta de servicios a particulares tiene un nexo con estas materias. Lo que sigue ocurriendo en la práctica es que es la Subsecretaría de Redes Asistenciales el sitio donde se toman las decisiones de inversión, Servicios de Salud mediante, con resultados irregulares a lo largo del país (servicios bien dotados vs. servicios mal dotados). Se desmaterializa en buena medida el incentivo que los hospitales podrían tener para cuidar de su capital y preocuparse de su mantención y rendimiento.

Por otra parte ¿qué ocurre si el cliente institucional FONASA no está disponible o simplemente no cuenta con los recursos para comprar toda la producción que nuestra "planta" permitiría generar? Independientemente de las necesidades de la población, la inversión habría estado sobredimensionada para la capacidad de compra del cliente institucional principal, que determina finalmente la porción de necesidades que se expresará en demanda.

Por último, derramada la leche, la capacidad instalada no utilizada por el beneficiario MAI, a quien FONASA paga la cuenta, podría ser puesta a disposición de otros clientes, a objeto de recuperar costos. Esto, por cierto, encontrará limitaciones, las que hoy se expresan en una proporción relativamente baja de esas clientelas en los hospitales. Los "pensionados" –dotación de camas dedicadas a la atención de pacientes privados en los hospitales públicos- a pesar de su larga historia serían, a juicio de algunos, una especie de privatización que debería estar siempre limitada.

La ecuación MAI esperada en la actualidad es que los ingresos operacionales sean mayores o iguales a los costos operacionales. Buena parte del costo de capital –la parte que no se usa- es "costo hundido" para el hospital.

Gestión de Recursos Humanos.

El factor trabajo es el recurso que más intensivamente se usa en la producción de bienes y servicios de salud, aunque cabe reconocer que en un hospital de mediana/alta capacidad resolutiva, el capital se ha ido haciendo crecientemente importante, cuando no los insumos en determinadas especialidades (Neurocirugía, Cardiocirugía, etc.). Los recursos humanos, en cualquier caso, son un componente principal del costo operacional en que debe incurrirse para producir los servicios. En consecuencia, optimizar los procesos productivos tiene que ver principalmente con lograr el mejor uso posible de este recurso, con maximizar la productividad de las personas.

Disponible el capital (recintos y equipos) y los insumos clínicos y materiales, cabe encontrar la mezcla perfecta de personas (técnicos, especialistas, auxiliares) para la realización de un determinado proceso conducente a la entrega de un servicio, así como la mejor combinación de recursos humanos y demás recursos. En una cirugía, por ejemplo: horas de cirujano, ayudantes, anestesista, arsenalera, enfermera, auxiliares. El tiempo asignado de todas estas personas a la cirugía debe armonizar y su disponibilidad total no debe sobrepasar la que la capacidad instalada determina como máxima producción. Especial atención cabe poner entonces en la distribución del tiempo a lo largo de la jornada, de modo tal que no existan recursos que sean relativamente escasos en ningún momento del día.

El defecto grueso observable en los hospitales en torno a la concentración de horas médicas en las mañanas genera un enorme desperdicio de horas médicas (donde todo el resto de los recursos se hace relativamente escasos para producir los servicios, incluso el capital) y un desperdicio de todos los demás recursos en la tarde (incluso el capital), dado que los médicos ya no están. Si tener horas médicas en la tardes implica cubrir un costo de oportunidad demasiado alto o realizar una transformación cultural impracticable, entonces cabría al menos reducir las horas médicas de las mañanas que se están pagando en exceso y las del resto del personal en las tardes, si acaso la productividad cae efectivamente.

Por cierto, la segunda gran tarea dirá relación con los precios a pagar por estos recursos, en particular en un escenario donde la escasez relativa de algunos, como los especialistas médicos, obligaría a compensar adecuadamente el costo de oportunidad de los mismos. Esta es una materia que pone al gestor en la búsqueda de cuidadosos equilibrios para

contar con especialistas y hacerlo a "precios de mercado", sin desconocer la renta no pecuniaria que representa para los especialistas más jóvenes el ejercicio en hospitales públicos –al fin y al cabo, allí es donde los médicos se forman-. Las distorsiones, sin embargo, deben ser corregidas.

¿Qué ocurre hoy en un EAR en materia de Recursos Humanos? Dos cosas que se vienen arrastrando desde hace bastante tiempo y que no se resuelven en el nuevo formato: primero, la dotación está restringida por razones de política fiscal, lo que lleva a los hospitales a cuatro posibles válvulas de escape: i) producir subestandar (dumping), ii) incrementar y sostener en el tiempo el uso abusivo de horas extraordinarias (que se han incorporado ya a la remuneración-objetivo del personal y que son más caras para el hospital), iii) promover la compra de servicios (subtítulo 22) y, iv) promover la creación de fundaciones o corporaciones de ayuda a las que, independientemente de otras ventajas que hubiese, se compra en la práctica servicios de personal que participan de determinados procesos. En segundo lugar, los salarios, que frente a la escasez relativa de profesionales médicos (la crisis de las enfermeras ha quedado atrás producto del crecimiento de la oferta en el mercado del trabajo), se han transformado en un eje central para la competencia por recursos entre prestadores privados y públicos en la actualidad. Válvulas de escape en este caso: i) cierre de camas críticas, ii) contratos a honorarios, muy por encima de lo que los contratos de los estatutos pagan, iii) compra de servicios, donde los ejemplos más notables son los servicios de anestesia y de médicos para hacer turnos en servicios de urgencia o de cuidados de pacientes críticos y, iv) corporaciones y fundaciones (ya comentado).

Por último, la co-existencia de contratos de planta y a contrata dentro de la dotación de personal (excepto los médicos) genera dos mundos completamente diferentes a administrar: el primero, el de la planta, es el de la estabilidad en el empleo y de la insensibilidad a las fluctuaciones del mercado y, el segundo, el de la contrata, es el del empleo precario y altamente sensible a las fluctuaciones del mercado. Este último termina siendo el único espacio de gestión, por su flexibilidad. Lo que es válido para unos, no lo es para los otros (puede incluso llegar a ser todo lo contrario); una genuina esquizofrenia en la gestión.

Gestión de Medicamentos e Insumos Clínicos

El quiebre de stock en materia de medicamentos e insumos clínicos es un fenómeno indeseado en un hospital o en una clínica, tanto como las pérdidas de cualquier origen. Evitar quiebres de stock y pérdidas tiene un costo en materia de inventarios, lo que obliga a encontrar equilibrios que balanceen apropiadamente costos y beneficios. Si un quiebre de stock para un determinado insumo es intolerable en función de la política de calidad de servicios, se debe encontrar una rotación de inventario que brinde seguridad para ese propósito y luego administrarla.

El proceso de compra (reposición de stocks) también podría verse alterado en el evento de existir niveles de endeudamiento con los proveedores (facturas impagas por tiempos que exceden las buenas prácticas administrativas). De partida, la deuda cierra el acceso a buenos precios.

Genera expectativas la transformación de CENABAST en un agregador/intermediador de compras por volumen –ventajas de precios esperadas- con almacenamiento en el propio proveedor y con medicamentos puestos en plaza en función de las rotaciones de inventario definidas en cada hospital. Y luego, facturados directamente al hospital al precio licitado y en la medida que el consumo se vaya produciendo. Pero llevamos 20 años esperando la materialización de este sensato proyecto. Y no se desprende de la idea de los EAR; es complementario pero independiente.

Ahora bien, todo lo anterior parece estar lejos de las unidades de gestión que producen los servicios clínicos. ¿Qué se puede hacer concretamente en cada unidad de gestión clínica para evitar quiebres de stock? ¿Qué procesos revisar?

Directamente, no hay nada más que hacer. Pero indirectamente, todo lo que apunte al buen uso del recurso. Es decir, a que la prescripción se ajuste estrictamente a las necesidades de consumo por parte del paciente y que opere en el marco normativo que ha sido establecido para el efecto dentro del establecimiento (rol del Comité de Farmacia). Esto es, en la práctica, gestión clínica. En atención cerrada la prescripción reposa además en un buen sistema de provisión (despacho) de medicamentos, basado en dosis unitarias y en mecanismos semejantes para el caso de los insumos clínicos -cuya demanda no estará necesariamente respaldada por una receta-, dado que son intensivamente usados en este nivel.

Sin embargo, en cualquier escenario, el buen uso del recurso es factible en la medida que el sistema como un todo opere sin generar incertidumbres ni círculos viciosos de sobreprescripción derivados de lo mismo. Es decir, quiebres de stock y rendimiento de estos recursos (tipos y cantidades prescritas correctamente en función de los requerimientos del paciente) están estrechamente vinculados por la incertidumbre. Por último, es básico un registro apropiado y confiable de los consumos para retroalimentar los inventarios.

¿Qué pasa con los EAR en esta materia? Toda la gestión de compras de sus medicamentos e insumos básicos le ha sido delegada desde tiempos pretéritos y anteriores a la creación de los EAR. La principal diferencia con los eficientes y flexibles sistemas de abastecimientos de las clínicas privadas radica en que en el caso de los hospitales públicos, la compra de estos bienes está rigurosamente normada a través de la Ley de Compras, tema central al momento que los directivos asumen sus cargos a través del sistema de Alta Dirección Pública. Es decir, la diferencia no es menor. Por el contrario, determina fuertemente los tiempos y la calidad de las respuestas.

2.3.3 Gestión "en Red"

Al cierre de esta reflexión acerca de los EAR, cabe poner atención en la última palabra de su nombre, que corresponde a la idea de gestión "en red". Simultáneamente a la creación de los EAR, producto de la separación de funciones entre la autoridad sanitaria y la provisión de servicios de salud, la figura de las Direcciones de Servicios despojadas de los asuntos de control sanitario que se asignaron a la responsabilidad de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud –SEREMI- derivó hacia la idea del Gestor de Red. Esta idea no encuentra todavía una apropiada forma y funciones para ser llevada adelante y los antiguos Servicios de Salud tienden a mantener su estructura original, la que suele no dar cuenta bien del desafío de la función que el nombre insinúa.

En el contexto descrito, tampoco en los hospitales EAR se aprecia un desarrollo en competencias organizacionales –procesos- orientadas a la gestión en red, como son la gestión de listas de espera, la gestión de la referencia y contrareferencia de pacientes, el desarrollo, mantención y actualización de la cartera de servicios, etc. Es decir, las ventajas de la gestión "en red" no están materializándose en la práctica y los hospitales EAR

siguen siendo castillos inexpugnables con el puente levadizo a tope, soportando la carga asistencial.

2.3.4 Los Establecimientos Experimentales (EE)

Antes de la Reforma, en el año 2002, tres nuevos establecimientos de salud fueron creados por respectivos DFL como establecimientos denominados "experimentales". Estos establecimientos –el Hospital Padre Hurtado y los Centros de Referencia Cordillera Oriente (Peñalolén) y Maipú- obtuvieron un marco jurídico-administrativo especial para su gestión, gracias a que ninguno de ellos heredaba personal contratado con base en el Estatuto Administrativo.

La experiencia de estos establecimientos tiene como único estudio evaluativo a la fecha la Evaluación Comprehensiva del Gasto hecha a solicitud de la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda –DIPRES- por Gerencia Salud Consultores en 2012, disponible en la web de DIPRES. Esta evaluación no consigue establecer con claridad eventuales ventajas de esta modalidad jurídico-administrativa, pero el Ministerio de Salud ha remitido al parlamento el 12 de Septiembre del año 2012 un proyecto de ley que, dando por cerrada la etapa de los establecimientos "experimentales", les cambia el nombre al de Hospitales Clínicos y ofrece el mismo marco jurídico a los hospitales concesionados de La Florida y Maipú, que han entrado recientemente en funcionamiento. Esta iniciativa, sin embargo, encontró dificultades al pretender traspasar a esos establecimientos, personal actualmente contratado por el Estatuto Administrativo. La discusión se dio, además, en un enrarecido ambiente de tensión entre parlamentarios y Ministro de Salud a propósito de otro proyecto (fármacos).

Los trabajadores, en efecto, se oponen tenazmente a cambiar su condición contractual actual por una basada en Código del Trabajo. Esto es comprensible para los trabajadores de planta, que privilegian su estabilidad contractual, pero no lo es tanto para aquellos que laboran en condición de "contrata", por tratarse éste del tipo de contrato más precario de la economía. Pero estos últimos aspiran a transformarse en algún momento lejano en uno de los primeros.

Tal vez una de las cuestiones más complejas o peor resueltas en este formato es que estos establecimientos experimentales tienen personería jurídica y patrimonio propio y no se

encuentran claramente subordinados a la Dirección del Servicio de Salud a la que pertenecen, generándose tensiones y quiebres marginales en la gestión de la red. En rigor, su estatus es semejante al del Servicio de Salud y sus relaciones con FONASA (el comprador) suelen ser mucho más directas. Así lo son también sus relaciones con la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

2.4 Gobierno Corporativo

En la actualidad es posible apreciar serias complicaciones en los sistemas de gobierno en el sector salud, en general y en el sector salud en Chile, en particular, las que han venido resultando de las propias prácticas sectoriales. Se administra una diversidad de formatos que responden al manifiesto interés por escapar de la norma (el Estatuto Administrativo), formatos que se han ido incorporando al punto de formar parte del marco institucional en que el sector se desenvuelve: sistemas de pago a honorarios del propio personal médico contratado, asociado a prestaciones en horarios especiales, creciente compra de servicios a médicos que se asocian y dejan de ser funcionarios (a veces conservan ambas posiciones y ejercen como empresa de servicios y sindicatos alternadamente o al mismo tiempo), establecimiento de fundaciones o corporaciones sin fines de lucro que operan paralelamente la función de producción (e incrementan sin control la dotación de personal), novedosas fórmulas de explotación de los pensionados y, por último, el formato de los denominados "establecimientos experimentales" antes descrito, si bien la génesis de éstos está formalmente establecida. Incluso el sistema de concesiones ha sido visto como un potencial modo de sortear las restricciones que impone el estatuto vigente, aún cuando la gestión no ha sido entregada a los concesionarios en nuestras dos experiencias conocidas.

Ideas como la rendición de cuentas o la participación ciudadana en el gobierno sectorial –centrales al momento de hablar de gobernanza- presentan recién sus primeras manifestaciones en el sector, en especial la primera. Estamos todavía lejos de que el ciudadano pueda conocer, por ejemplo, cómo avanza la lista de espera en que está aguardando. Por otra parte, la instalación de esquemas de gerencia en los niveles de producción de servicios más libres de la injerencia política y más basados en la meritocracia, es todavía una tarea en desarrollo a propósito de la –digamos, reciente-instalación/re-instalación del Sistema de Alta Dirección Pública.

Considerar para los hospitales públicos un sistema de Gobierno Corporativo que resuelva sus necesidades como empresa de servicios, debe compatibilizarse con el hecho de que estos servicios están siendo provistos por una repartición pública, objeto del interés y escrutinio público. Este último hecho trasciende la idea del constreñimiento institucional que implica la norma vertida en el estatuto administrativo y se sitúa en una dimensión de lo que se ha denominado el "buen gobierno" (governance, gobernanza).

Las demandas de buen gobierno que deben tenerse en cuenta para la construcción de un esquema de gobierno corporativo que no sólo imite las fórmulas vigentes en el sector privado, obligan a referirse a un marco institucional frágil. Del mismo modo, el propio sistema de gobiernos corporativos del sector privado, desde ENRON en adelante –La Polar, en Chile y ahora los denominados "abusos"- ha sido puesto en tela de juicio, por su incapacidad de hacer y controlar que los ejecutivos operen en función del interés de los dueños y que los resultados –la última línea- reflejen de verdad la salud financiera de la empresa. ¿Cómo asignar responsabilidades a quienes dirigen las organizaciones?

Un elemento clave de la discusión dice relación con el grado de descentralización que el sistema de gobierno establece, entendiendo por ello la transferencia de poder efectivo al nivel donde la prestación de servicios ocurre. Es posible constatar un nivel de gobierno para el diseño y puesta en práctica de las políticas, las regulaciones del sector, la búsqueda del financiamiento y la macro transferencia de recursos, más luego es posible también constatar otro nivel de gobierno donde los servicios son financiados (la compra de prestaciones), son regulados en la práctica (por ejemplo, siendo acreditados quienes los proveen) y son otorgados directamente a la población. Y por último, hay quienes hablan del gobierno clínico, orientado fuertemente al control de la sobreutilización de servicios y a la reducción de las variaciones de la práctica médica.

Lo descrito agrega complejidad a la decisión de estructurar un gobierno corporativo para los hospitales públicos y, naturalmente, implicará una negociación con la Subsecretaría de Redes Asistenciales quien suele acomodar la solución a sus propias necesidades de comando/control sobre el sistema –muchas veces justificada de cara al endeudamiento creciente de algunos nosocomios y por la necesidad de mover el control financiero a su ámbito de acción desde el FONASA- y soporta, por lo demás, las mayores presiones para la obtención de cuotas de poder.

3 Experiencia Internacional en la relación seguros/prestadores

Se ha considerado de utilidad para efectos de esta reflexión, examinar la experiencia internacional sobre la base de tres casos. Los dos primeros intensivos en provisión pública y sin discusión abierta acerca del financiamiento, que proviene de impuestos generales sobre una base de ciudadanía, como son los casos de Reino Unido y España. En el caso del modelo Canadiense, el tercer caso, una mixtura se ha venido verificando en los últimos años a propósito de servicios no incluidos en la cobertura universal ofrecida por el estado con recursos del tesoro público y la prestación de servicios se basa en convenios con los médicos vía tarifas fuertemente determinadas por los intereses del estado y con hospitales que son públicos, pero no estatales (fundaciones y otros organismos sin afán de lucro).

3.1 El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS)

El NHS representa el paradigma de un sistema de salud integrado, de cobertura universal y gratuito en el punto de entrega de los servicios. El sistema, instalado en 1948 luego del famoso informe de Lord Beveridge, significó un modelo alternativo al de la seguridad social iniciada por Bismarck en Alemania y seguida por buena parte de los países del centro de Europa Occidental. El modelo del NHS, financiado por impuestos generales, ha sido seguido por algunos países nórdicos y, más recientemente, por España. Es un modelo que gusta en Chile a la tecnocracia académico-sanitaria que promueve la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Desde sus inicios, el NHS ha estado basado en la entrega de cobertura universal gratuita para toda la población (derecho cívico, igual para todos), en la disponibilidad de todos los servicios médicamente efectivos, en la financiación por impuestos (los copagos se introdujeron posteriormente y únicamente en medicamentos ambulatorios) y en la organización de los servicios basada en la Atención Primaria (Medicina General -General Practice-) como puerta de entrada al sistema.

Los General Practicioners (GP) son médicos que se hacen cargo de la atención primaria y operan como prestadores con población a cargo, sectorizada por barrios o comunidades

rurales, siendo pagados a través de una cápita fijada por el NHS. Los requerimientos de atención secundaria son cubiertos por una red de hospitales públicos con médicos especialistas y otros profesionales de salud asalariados.

La instalación del NHS no estuvo exenta de dificultades desde la partida. En sus inicios predominó la incertidumbre sobre los requerimientos de financiamiento, los que se estabilizaron luego de las primeras décadas en alrededor del 7% del PIB, para llegar actualmente al 9%, lo que equivale a cerca de US$ 1.800 per cápita, monto que se compara con los US$ 2.300 de Francia y los US$ 2.800 de Alemania.

Hasta la llegada de Margaret Thatcher al poder en 1978, el NHS había venido experimentando cambios en materia de sistemas de planificación, informatización, creación de áreas de salud con hospitales para cada territorio, introducción de tecnologías, formalización de la formación de postgrado y otras medidas dirigidas al mejoramiento de la gestión. A esas alturas, el sistema había logrado instalarse en la sociedad con una buena imagen pública derivada fundamentalmente del igualitarismo originario y de los buenos resultados en materia de salud poblacional.

El gobierno conservador introdujo una serie de reformas dirigidas a aumentar la eficiencia del sistema, las que se justificaron en las deficiencias de gestión que habían sido abordadas con debilidad por los gobiernos laboristas, uno de cuyos principales síntomas eran las listas de espera para el acceso a las especialidades. En 1982 se instalaron gerentes profesionales en hospitales y burocracias centrales, se suprimieron las áreas de salud, se introdujeron indicadores de gestión y rendimiento, se cambiaron las formas de presupuestación y se introdujo sistemas de auditoría de gestión y clínica. Como se dijo, hacia 1987 el sistema mostraba importantes listas de espera para la resolución de problemas por parte de especialistas radicados en los hospitales, la deuda de estos establecimientos iba en aumento y se cerraban hospitales con baja ocupación.

La medida más importante del gobierno de Thatcher fue la introducción de cuasi-mercados al interior del NHS, lo que se denominó Purchasers and Providers split (separación de funciones). Entre 1991 y 1995 los hospitales fueron convertidos en Trusts y paralelamente se introdujo la figura de los GP Fundholding (GP`s con presupuesto para compra de prestaciones hospitalarias) con lo que se cambió la distribución de poder entre los médicos primarios y los especialistas de los hospitales. Al eliminarse las áreas

territoriales, los GP pudieron poner a competir a los hospitales por la atención de sus listas de pacientes con necesidades de atención hospitalaria.

Las reformas introducidas por Thatcher fueron corregidas por los gobiernos laboristas de Blair y Brown. A partir de 1998 se introdujo formas más fuertes de control central a través de la fijación de estándares y objetivos monitoreados y fiscalizados por el National Institute for Clinical Excellence (NICE), instancia que hoy es responsable además de la evaluación de tecnologías sanitarias y de la recomendación para su introducción en la práctica de aquellas probadamente costo-efectivas.

Dado que los GP fundholders habían significado un gasto en administración muy ineficiente y multiplicado en muchas pequeñas organizaciones de compra, lo que iba en desmedro de la dedicación de los GP a la atención médica, se introdujeron agrupaciones de GP's compartiendo la infraestructura dedicada a la compra (Primary Care Trusts) y se crearon los NHS Foundation Trusts para coordinar las redes asistenciales y la compra de servicios al interior de las mismas. Se introdujeron también una serie de instancias asesoras y ejecutivas especializadas dependientes del gobierno.

Los Primary Care Trusts gestionan el 75% del presupuesto del sistema, trabajan con las autoridades locales y otras agencias sanitarias y sociales y deben asegurar que existan suficientes servicios de atención primaria en el área y que sean accesibles. Deben garantizar además todos los servicios sanitarios (hospitalarios, dentales, atención virtual o a distancia, servicios ópticos, psiquiátricos, transporte, urgencias, diagnostico precoz, farmacia y otros).

En lo que respecta a los mecanismos de pago, se introdujo una forma de pago asociado a diagnósticos para los hospitales (los Health Care Resource Groups o HCRG) y un sistema de contratos de desempeño con tarifas ajustadas por case-mix, teniendo en cuenta diferencias regionales en los costos (los Service Level Agreements o SLA). El Gobierno de Blair y posteriormente el de Brown incrementaron sustancialmente los fondos del sistema en su conjunto e introdujeron mayores grados de elección de prestadores de APS, permitiendo mayor movilidad de los ciudadanos entre GP's y manteniendo la competencia entre los hospitales.

Finalmente, el actual Gobierno ha aprobado muy recientemente un enorme paquete de reformas que parecen orientadas a una mayor separación de funciones para terminar en un

híbrido entre un sistema Bismarckiano y el modelo de Beveridge, introduciendo también mayor presencia de prestadores "independientes" o privados. Los GP recuperan su capacidad de compra y pueden contratar servicios administrativos privados para esa función, con lo que se terminan los trust.

Las reformas propuestas por Lord Darzi han despertado críticas diversas de las principales revistas médicas que, como el British Medical Journal, representan además la voz de los GP`s o del Lancet, la revista médica más antigua del mundo , . Las críticas apuntan, por una parte a lo ambicioso del plan y a lo riesgoso de provocar una mayor "fatiga de cambios" en un sistema que ha sufrido demasiadas reformas de orientación política sin la debida evaluación que asiente los cambios en el aprendizaje de los resultados. Por otra parte, la reforma podría conducir a sobrevalorar la calidad de las prestaciones y la capacidad de elegir en desmedro de la preocupación por servir más a quienes más lo necesitan.

Mientras tanto, la performance del sistema, al menos en lo que respecta a la resolución de listas de espera, ha mejorado significativamente.

3.2 El modelo español

Hasta el Real decreto 16/2012, el Sistema Nacional de Salud español era un sistema de cobertura universal (incluidos los inmigrantes irregulares), financiado mediante impuestos y que operaba principalmente dentro del sector público. Los servicios eran gratuitos en el punto de prestación, con la excepción de los medicamentos recetados a personas menores de 65 años de edad, que debían participar en el pago con una aportación del 40% del precio de venta al público, con algunas excepciones. Las competencias en materia de salud fueron traspasadas en su totalidad a las comunidades autónomas desde finales de 2002; esta descentralización dio lugar a 17 departamentos de salud (consejerías o departamentos de sanidad) que tienen la principal jurisdicción sobre la organización y la prestación de servicios sanitarios dentro de su territorio. Sin embargo el decreto citado al comienzo cambió sustancialmente la filosofía de la sanidad pública al excluir a los inmigrantes en situación irregular de la prestación pública e incluir el copago de servicios anteriormente gratuitos.

A los departamentos de salud compete la organización territorial de los servicios sanitarios bajo su jurisdicción: la designación de áreas de salud y zonas básicas de salud y el establecimiento del grado de descentralización, es decir, las competencias que se atribuyen a las estructuras de gestión a cargo de cada una de ellas. El modelo más frecuente comprende dos gerencias diferenciadas, una para la atención primaria y otra para la atención especializada (ambulatoria y hospitalaria), en cada área de salud. Sin embargo, los servicios de salud de las comunidades autónomas están poniendo en marcha cada vez con mayor frecuencia gerencias únicas de área que integran la atención primaria y la especializada. Las zonas básicas de salud son la unidad de menor tamaño de la estructura organizativa de la asistencia sanitaria. Normalmente, se organizan en torno a un único Equipo de Atención Primaria que constituye la puerta de entrada al sistema. En lo que respecta a las posibilidades de elección de los pacientes, la posibilidad de elegir especialista y hospital está relativamente poco desarrollada (con algunas diferencias entre comunidades autónomas). En cualquier caso, para acceder a atención sanitaria especializada es preciso que el médico de familia o pediatra derive al paciente a la misma.

El sistema público subcontrataba tradicionalmente con entidades privadas de atención hospitalaria (con o sin ánimo de lucro) entre el 15% y el 20% aproximadamente de la prestación de servicios sanitarios especializados. Por lo general, esta fórmula se utiliza para la adquisición de determinados servicios de diagnóstico de alta resolución o de procedimientos quirúrgicos ambulatorios en el marco de la gestión de las listas de espera.

Los seguros privados voluntarios tienen (o tenían antes del decreto) un papel relativamente menor en el sistema sanitario español. Estos seguros privados voluntarios son independientes del sistema público (ya que no es posible renunciar a la cobertura sanitaria pública para recibir prestaciones exclusivamente privadas) y de carácter complementario (en muchas ocasiones, se contratan para acceder a servicios para los que hay listas de espera en el sistema público, como la atención sanitaria especializada, o a servicios como la atención bucodental de los adultos, que están incluidos de forma muy limitada en el catálogo de prestaciones). Estos seguros cubren aproximadamente al 13% de la población, si bien existen considerables variaciones regionales.

La crisis global ha motivado reformas consistentes en recortes sanitarios que no han sido pactados con la oposición sino implantados por real decreto sin diálogo social. Estos

recortes podrían desdibujar el Sistema Nacional de Salud, al convertir la sanidad en un privilegio sólo para los asegurados en vez de un derecho ciudadano.

La organización básica del sistema sanitario español es la siguiente:

La Atención Primaria pone a disposición de la población una serie de servicios básicos en una isócrona de 15 minutos desde cualquier lugar de residencia. Los dispositivos asistenciales principales son los Centros de Salud, donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo, pudiendo disponer también de trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas. Dada su disposición en el entramado de la comunidad, se encomienda a este nivel las tareas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Como máxima expresión de accesibilidad y equidad en el acceso, la Atención Primaria llega físicamente hasta el domicilio del ciudadano cuando es necesario.

La Atención Especializada se presta en Centros de Especialidades y Hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Dentro de esta organización, la ubicación de los recursos asistenciales responde, básicamente, a una planificación sobre demarcaciones demo-geográficas delimitadas, las Áreas de Salud, que establece cada comunidad autónoma teniendo en cuenta factores de diversa índole pero, sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios.

Las Áreas de Salud se subdividen, a su vez, en zonas básicas de salud que son el marco territorial de la Atención Primaria, donde desarrollan las actividades sanitarias los centros de salud. Cada área dispone de un hospital general como referente para la Atención Especializada. En algunos servicios de salud existen estructuras organizativas intermedias entre el Área de Salud y la zona básica.

La Cartera de Servicios Básicos Comunes a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud incluye las acciones de salud pública, atención primaria preventiva y curativa, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica (cofinanciada por los usuarios en la atención ambulatoria), prestaciones ortoprotésicas, productos dietéticos, transporte sanitario, servicios de información y documentación sanitaria. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, pueden aprobar sus respectivas carteras de servicios, que deben incluir la cartera de servicios comunes que debe garantizarse a todos

los usuarios del Sistema Nacional de Salud. También pueden hacer lo mismo las mutualidades de funcionarios.

Los difíciles años vividos por la economía española desde mediados de la última década han amenazado crecientemente la sostenibilidad de su sistema de salud, el que ha acumulado una deuda sin precedentes, que ya no puede resolverse por la vía habitual de "poner al día la caja" en base a nuevos aportes fiscales. En este contexto, el actual gobierno ha favorecido medidas dirigidas a la implantación de modelos más modernos de presupuestación pública, a avanzar en un sistema de gobernanza más activo, a incrementar la productividad, a favorecer alianzas entre prestadores públicos y privados, explotar sinergias en el sector hospitalario, a fortalecer una política farmacéutica equilibrada entre las prioridades de la industria y los requisitos de acceso a medicinas por parte de la población y, finalmente a favorecer la innovación y mantener el apoyo a la investigación en salud .

Mediante el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril de ese año, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha dispuesto varias medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Las medidas se dan en los ámbitos de:

- Clarificación armonizada de la condición de asegurado, a efectos de la prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios, de tal forma que ésta quede vinculada de forma efectiva a la financiación por impuestos y al carácter de solidaridad social que el esquema progresivo de los mismos tiene en España.
- Introducción de una categorización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud que permita gestionar mejor la realidad asistencial en España, donde coexiste un entramado jurídico-administrativo que reduce la transparencia y dificulta la ejecución, disminuyendo, en consecuencia, la eficiencia en su aplicación, y donde se dé cabida a la actuación objetiva basada en un riguroso análisis coste-efectividad que proporciona la red española de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

- Configurar una partida de compensación (Fondo de Garantía Asistencial) para financiar la atención que las comunidades brinden a beneficiarios de los servicios de otra comunidad autónoma.
- Sentar las bases para un análisis exhaustivo de los beneficios que un nuevo medicamento o producto sanitario aporta a la sociedad en general y al tejido socioeconómico español en particular a la hora de decidir sobre sus condiciones de financiación por el Sistema Nacional de Salud.
- Definir homogéneamente para todo el Sistema Nacional de Salud la regulación actual de aspectos vinculados a las categorías profesionales, los criterios generales reguladores del sistema retributivo o de la acción social.
- Modificar la legislación de formación de postgrado clarificando las competencias de los especialistas y generando áreas de capacitación específica para impulsar la actualización permanente de los conocimientos de los profesionales.
- Crear un Registro Estatal de Profesionales Sanitarios para garantizar la información a la población y a las instituciones de la situación de los profesionales desde los diferentes aspectos que configuran la práctica profesional.
- Posibilitar a las comunidades autónomas la modulación de su aportación en casos de incapacidad temporal, y también derogar normas preconstitucionales que resultan divergentes con los criterios recogidos en la Ley 27/2011, de 1º de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, en cuanto a las prestaciones económicas del personal que haya alcanzado la edad de jubilación.
- Posibilitar la adopción de estrategias de gestión centralizada de suministros que pongan en valor una relación de volumen-precio en la adquisición de productos, materiales y equipamientos de forma coordinada en el Sistema Nacional de Salud.
- Adoptar medidas de esfuerzo en el ahorro energético, relacionadas no sólo con la eficiencia sino también con el compromiso en el ámbito de la responsabilidad social corporativa exigible a la mayor empresa pública del país.

3.3 El modelo canadiense

En el Canadá la atención de salud está a cargo de un sistema nacional basado en un seguro público universal que es complementado por una proporción creciente de los ciudadanos con seguros privados que cubren fundamentalmente prestaciones no contempladas en el seguro público (servicios dentales, lentes ópticos de prescripción médica, medicamentos).

La constitución canadiense delega la responsabilidad de la atención de salud a los gobiernos provinciales y territoriales. De ahí que existan, en la práctica, 12 sistemas de salud entrelazados, correspondientes a 10 provincias y dos territorios (Yukón y Noroeste), más uno bajo jurisdicción federal. Las provincias tienen la responsabilidad primordial de administrar, organizar y ofrecer los servicios y de financiar y regular las actividades de los profesionales de la salud, mientras que el gobierno federal establece el marco legal y los principios básicos del sistema, que las provincias y territorios observan con relativa flexibilidad. A pesar de que los sistemas provinciales y el sistema federal son independientes y autónomos, todos tienen que cumplir con los principios básicos de accesibilidad, cobertura integral, universalidad, portabilidad y administración pública.

El financiamiento es compartido por el gobierno federal y los gobiernos provinciales o territoriales. El seguro público es financiado con impuestos procedentes del gobierno central, si bien las provincias pueden ofrecer servicios adicionales a los cubiertos por el seguro universal de acuerdo con las normativas federales. Las provincias de Alberta y Columbia Británica utilizan primas de salud. Todo residente puede, en principio, recibir servicios médicos y de hospitalización, además de los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos que se consideren necesarios de acuerdo a la indicación médica, dentro de la cobertura del seguro.

La distribución de los gastos en salud de Canadá revela que cerca de 95% de los que corresponden a médicos y hospitales se cubren con recursos del fisco. Sin embargo, el sector público asume aproximadamente 75% del gasto total, puesto que la diferencia se financia con fondos directos del bolsillo de los individuos y de seguros privados. El gasto privado ha crecido más que el público y la participación pública se ha reducido en los últimos años. Alrededor del 13% de la población posee seguros privados para gastos adicionales.

Los médicos canadienses trabajan como independientes en el sector privado. El pagador único (para las prestaciones incluidas en la cobertura del seguro público) estatal, representado por los gobiernos provinciales, establece una tarifa para cada consulta o procedimiento médico-quirúrgico, luego de una negociación con la asociación médica. Cerca del 95% de los médicos reciben un pago por sus servicios y el resto es asalariado. Si bien los ingresos de los médicos están entre los más altos de los profesionales canadienses, la fijación de tarifas genera descontento, fundamentalmente por la comparación de sus ingresos con los de sus pares de los Estados Unidos.

Como resultado del descontento se observa una tendencia entre los médicos a solicitar consultas y procedimientos médico-quirúrgicos injustificados con el fin de incrementar sus ingresos. El estado ha diseñado sistemas de control que incluyen recortes de ingresos para los profesionales que superan ciertos montos anuales. Se han establecido además tarifas más bajas para las consultas de especialista que no resultan de referencia desde un médico general.

Los hospitales, y en particular los que prestan atención a enfermos con afecciones agudas, son públicos en tanto que dependen de contratos con el Estado y que sus administradores responden parcialmente al Ministerio de Salud. El carácter de su propiedad es el de corporaciones privadas sin fines de lucro cuyos directores son administradores profesionales que responden ante una junta directiva con representantes de la comunidad.

Cada hospital recibe de la provincia una asignación anual del tipo presupuesto histórico, sobre la base de sus gastos del año anterior. Los presupuestos se incrementan anualmente de acuerdo con la situación fiscal del gobierno y para responder a situaciones en que los servicios hospitalarios necesiten una adecuación. Algunas provincias ofrecen incentivos a los hospitales que adoptan mecanismos de control de costos. Uno de ellos es el programa de ahorro y retención, que permite reasignar los recursos ahorrados como fruto de una gestión eficiente a otras áreas de operación del hospital, en vez de revertirlos al tesoro provincial. El desarrollo de programas especializados ha permitido al gobierno utilizar mecanismos financieros para promover la regionalización y racionalización de algunos servicios, tales como la cirugía a corazón abierto, el trasplante de órganos y la resonancia magnética nuclear. Las inversiones de capital en tecnologías de alto costo, procedentes de

fuentes privadas se autorizan solo cuando se ha excedido la capacidad instalada de los servicios disponibles.

Los hospitales no tienen la autorización para desarrollar actividad con fines de lucro y se ven obligados a idear otras estrategias para financiar sus presupuestos. Entre ellas figuran la utilización de un gran número de voluntarios para las actividades administrativas y de servicio comunitario y la recolección de fondos mediante campañas publicitarias, donaciones y la venta de servicios auxiliares de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a otras instituciones que carecen de la capacidad instalada necesaria para ofrecerlos. El levantamiento de fondos se ha convertido, de hecho, en una actividad particular y especializada con su propio ámbito de acción en el contexto de la organización hospitalaria.

En los últimos años, el sistema de salud y el sistema de investigación en biomedicina se han unificado en lo que ahora se llama los Institutos Canadienses para la Salud, creándose 13 nuevos institutos que son "virtuales" e incrementando fuertemente los fondos dedicados a la investigación sobre la salud.

3.4 En síntesis

Del análisis de estos tres casos de sistemas de salud con vinculaciones a la mezcla chilena de un sistema público modelado para los “obreros” a partir del sistema del Reino Unido, con un seguro público representado por el rol de FONASA como comprador de prestaciones para sus afiliados en las que se aprecia una creciente participación de los prestadores privados, se desprenden algunas enseñanzas generales útiles al momento de abordar los desafíos futuros en materia de relaciones entre seguros y prestadores.

En primer lugar, la participación de prestadores privados y públicos interactuando con aseguradores públicos de alta cobertura, parece haber llegado para quedarse y de lo que se trata es de establecer regulaciones que incentiven una mezcla virtuosa de mecanismos de pago per cápita con pagos por diagnóstico o resultados, dejando el pago por acto como mecanismo minoritario ligado fundamentalmente a la fracción de libre elección de prestadores por parte de los ciudadanos. En este último caso, las coberturas de co-pago deben actuar como moderadores del gasto en prestaciones facultativas y dependientes de la presión de los prestadores por rentabilizar sus instalaciones. Es decir, no hay reformas

de la prestación de servicios sin mecanismos de pago o transferencias alineados con los propósitos de la misma.

En segundo lugar, en los tres casos reseñados, los gobiernos han introducido instancias encargadas de la evaluación de la efectividad y costo-efectividad de las intervenciones médicas, de manera de evitar el uso inadecuado de tecnologías que inundan el mercado y se usan sin mayor reflexión acerca de su pertinencia. El caso del masivo uso de Oseltamivir (TAMIFLU del laboratorio Roche) en la Influenza es muy ejemplificador acerca de un millonario gasto efectuado desde hace 5 años o más, con mínima o inexistente evidencia de efectividad . Es decir, la evaluación de tecnologías representa un conjunto de medidas complementario a la reforma de la prestación de servicios pública o privada.

Finalmente, si bien en ninguno de estos tres modelos los aseguradores privados han partido ocupando una posición primordial, es posible apreciar una creciente participación de los mismos en los mercados de los tres países. En todo caso, para que estos aseguradores formen parte de la seguridad social, deben integrarse de tal manera que, en lo que respecta a los aportes legalmente mandatorios (sea por la vía de los impuestos generales o las cotizaciones), deban regirse por la solidaridad entre los aportantes.

Los tres casos, por último, ordenan la prestación de servicios (la solución pública) en redes de resolutividad creciente, elemento que se encuentra presente en la descripción de manera bastante natural e implícita.

4 Las Reformas que se proponen al sistema prestador público

4.1 Inversiones.

El sector público prestador de Salud requiere de cuantiosas inversiones que permitan su actualización y transformación en función del perfil epidemiológico y del cambio tecnológico que se han venido verificando en Chile y en el mundo, al tiempo que impidan su sistemática descapitalización. El sector todavía presenta a la fecha situaciones que son "paupérrimas" desde el punto de vista de la infraestructura, como es el caso del Hospital del Salvador. Estimaciones de requerimientos de inversión realizadas hace unos 5 años atrás por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y por la Universidad Andrés Bello fluctuaban entre 2.000 y 4.000 millones de dólares de inversión "instantánea".

El Ministerio de Salud, en tanto dueño de los hospitales, es un Ministerio "sui géneris", pues demanda recursos para inversión que son necesarios para el cumplimiento de las tareas que se desprenden de su giro: la producción de servicios clínicos. Salvo el Ministerio de Obras Públicas, no hay otro que se le compare. El grado en que el Estado se compromete en la producción de servicios médicos es variable y existen todo tipo de mixturas en la realidad mundial. En el caso chileno, el Estado se hizo cargo muy precozmente de desarrollar una red asistencial pública, al principio para los obreros y luego para los trabajadores en general. En los últimos años el sector privado prestador, apalancado en los seguros previsionales privados –ISAPRE-, ha tenido un gran desarrollo, pero sigue siendo la red pública la más importante en tamaño.

Asumir lo anterior como elemento clave en el desarrollo del sector implica una urgente actualización de estándares y la definición de criterios de priorización, tanto como una modernización de la formulación y ejecución presupuestaria en inversiones hospitalarias y de los modelos de financiamiento de la misma (entre otros, más subtítulo 29 para las inversiones autónomas de reposición, evaluación objetiva de la experiencia de concesiones, etc.). Adicionalmente, será necesario contar con una agencia de evaluación de tecnologías.

Ahora bien, si en el sector público de salud se sigue haciendo "más de lo mismo" y sumamos a ello el fenómeno social que deriva de los intereses de la clase media aspiracional emergente y la necesidad de cumplir con crecientes garantías de oportunidad y calidad, no es difícil vaticinar para el mediano plazo la generación de un "aparthaid" sanitario donde el sector público se concentrará en la prestación de servicios de discutible calidad a los indigentes, mientras todo el que pudo habrá escapado hacia los arreglos disponibles en el mercado. Es necesario realizar inversiones pero también transformaciones de fondo, tantas como sea posible, para contener este fenómeno en marcha.

4.2 Modelo de Financiamiento.

Esta propuesta concentra su energía en la creación de condiciones para mejorar la gestión de la MAI en la red asistencial por la vía de modificar los mecanismos de transferencia de recursos para financiar la "gestión en red" y desestima abordar directamente el tema de la Libre Elección por considerar que, dados los elevados co-pagos y el uso alternativo de PADS, el modelo "fee for service" reduciría su intensidad de uso en la medida que la modalidad MAI mejorara. De lo contrario, nada ocurrirá.

El cliente principal de un hospital público es, en definitiva, el Fondo Nacional de Salud –FONASA- en su modalidad de Atención Institucional –MAI-, modalidad a través de la cual el GES se operacionaliza en el caso de los beneficiarios de FONASA. Secundariamente –pero muy distante en cuanto a su importancia relativa- lo es también FONASA comprando a través de Modalidad de Libre Elección –MLE-. Luego están otros clientes institucionales como ISAPRE, Mutualidades, compañías de seguros y, eventualmente y en último lugar, personas sin previsión y a la vez no indigentes (particulares propiamente tales), para cuya atención los hospitales ponen a disposición sus tradicionales servicios de pensionado (hotelería).

Dado que el financiamiento está determinado muy significativamente por la relación con su cliente principal (FONASA MAI), los demás clientes contribuyen marginalmente al financiamiento y obligan a mantener una sólida función de recuperación de costos que financie costos fijos y que asegure el apropiado financiamiento de los factores de producción que sean usados en la prestación de servicios a aquellos. Esto último es una

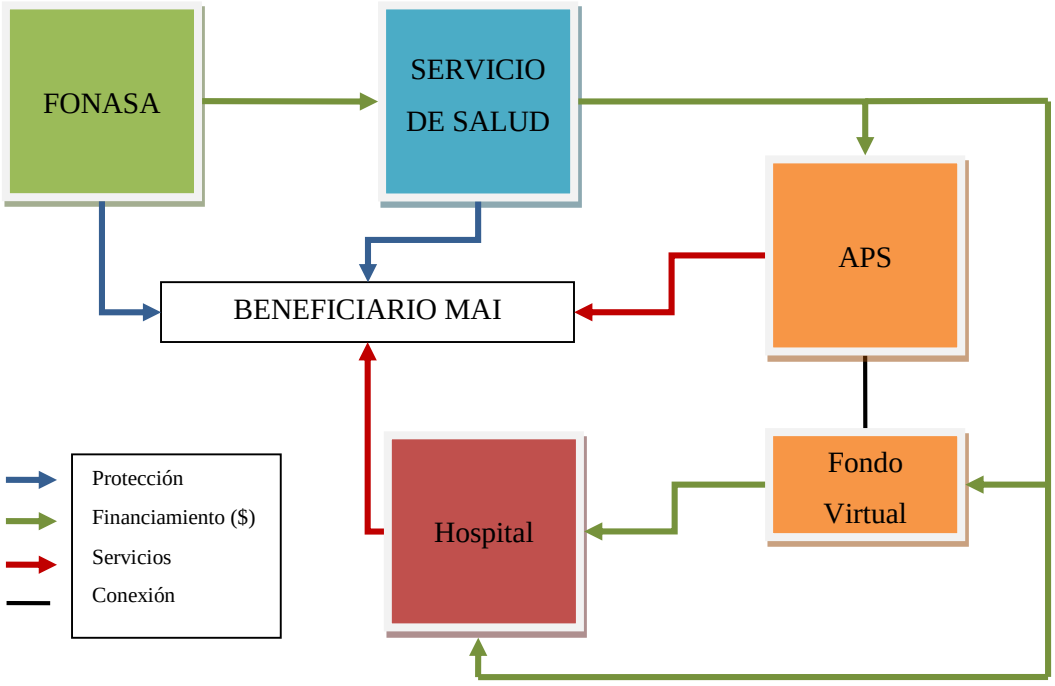
consideración básica de negocios y requiere de una buena política arancelaria y de un sistema de cobros eficaz.

Podríamos considerar como escenario más probable para el financiamiento el modelo actualmente vigente –MAI=PPI+PPV, con importancia creciente en el tiempo de PPV, como se ha venido observando, en particular después del ajuste de precios que facilitó el estudio de costos de la PUC -, pero tal vez podría ser posible innovar sobre el modelo de financiamiento vigente, sin incurrir en mayores riesgos presupuestarios. Hoy por hoy el gobierno trabaja en ajustes por complejidad, basados en Grupos Relacionados de Diagnósticos -GRDs o DRGs-, pero no se conoce el diseño conceptual que existiría tras un ajuste de esa especie a los actuales mecanismos de pago.

A mi entender, hay aquí un espacio para escalonar el pago , tal como se grafica en la Figura Nº1, con una transferencia per-cápita global al Servicio de Salud –entendido éste como gestor de la red- basada en la población usuaria o inscrita en los consultorios y desde allí una segunda capitación hacia la APS, siguiendo la lógica de población a cargo con que operan esos dos niveles. La asignación per-cápita, si acaso razonable en cuantía, representa el mejor incentivo para modular la demanda –contiene la sobreutilización y estimula apropiadamente el consumo necesario-, pues el riesgo queda completamente transferido. Es decir, racionamiento –inevitable- pero basado en un enfoque sanitario.

Desde el Servicio de Salud se generaría un pago por prestaciones a los hospitales, ojalá en un formato tan “empaquetado” o asociado a diagnóstico o a resultados como fuera posible –GES, GRDs, PADs, otros-, pero con una proporción de la compra de interconsultas de especialidad generada desde atención primaria –APS- (fundholding al estilo inglés para la compra de interconsultas de especialidad, con un fondo –que puede ser virtual- ajustado a una tasa deseada de derivación y a un mix primera consulta/consulta repetida, para eliminar la tensión generada por la pertinencia), estimulando de este modo el acceso a las especialidades. Si bien la propuesta no innova significativamente en APS y propone la constitución de este fondo para la compra de interconsultas de especialidad, esto sí permitiría regular los incentivos a la sobre-derivación, al tiempo que contribuir a los diagnósticos de las patologías GES en función de la garantía de oportunidad (plazos).

Figura Nº1Flujos de Protección, Financiamiento y Servicios en el modelo MAI



El riesgo estaría en manos de los que tienen población a cargo pues administran un presupuesto pre-establecido y, en la práctica, son quienes gestionan en red, pues modulan demanda. Parte de la transferencia al Hospital o los montos finales de ésta deberían asociarse al grado de cumplimiento de metas (de impacto, de satisfacción de necesidades, de calidad de servicios, otras intermedias, de productividad, etc.) comprometido en los convenios de desempeño entre el Servicio de Salud y los hospitales (ojalá en sustitución de los innumerables indicadores hoy vigentes) y en parte a la brecha estructural o de eficiencia (esta última en proceso de cierre). Esto es un buen proxy al pago por resultados, habida cuenta de que la propia compra de servicios puede ser muy protocolizada.

En el gráfico, la flecha roja denominada “servicios” pretende ser una representación de la idea del servicio en el más amplio sentido, incluyendo todas las condiciones cualitativas en que un conjunto de prestaciones deberían ser otorgadas, condiciones todas establecidas en los convenios de desempeño del hospital con el Servicio de Salud. El apropiado financiamiento de esas prestaciones y sus condiciones están representados por la flecha de color verde.

Cabe tener en cuenta que una capitación directa al Hospital sólo generaría racionamiento o mermas de calidad, pues no tiene el hospital otro modo de responder a un incentivo de esas características. Del mismo modo, la compra de servicios directamente desde FONASA promovería la eficiencia productiva –reducción de costos unitarios- pero eliminaría la necesidad de gestionar en red y se perdería el incentivo a moderar la sobreutilización (demanda) y a controlar la calidad.

Siendo el beneficiario MAI de FONASA el cliente principal y la MAI la modalidad sobre la que rueda GES, el "centramiento en el usuario" del sistema involucra en primer lugar a la red y su buena organización y funcionamiento y, en segundo lugar, al desempeño de cada uno de los establecimientos que la componen. En ese escenario, parece central que el Gestor de Red pueda manejar la compra como un instrumento de gestión, más allá del puro financiamiento y éste es un tema que los Servicios de Salud ya conocen. El imperativo de satisfacer derechos ciudadanos garantizados obliga a optimizar la gestión en red. La compra directa desde FONASA con el Gestor de Red como un mediador pasivo es globalmente ineficiente y genera pérdida de transparencia para los Hospitales.

La propuesta de modificación de los mecanismos de transferencia de recursos para pagar la "gestión en red" considera, en definitiva, la capitación desde FONASA a los Servicios de Salud (gestores de la red), mecanismo que permitiría realizar ajustes de equidad en función de las características de la población a cargo y determinantes de la salud presentes en el territorio. Un Convenio de Desempeño entre FONASA y la Subsecretaría de Redes, así como entre esta última y cada Servicio, relativos a resultados sanitarios, permitiría orientar mejor la asignación de recursos a través de la capitación.

Las transferencias a los hospitales autogestionados en red (EAR) se realizarían desde los Servicios de Salud usando los Pagos por Prestaciones Valoradas (PPV) que son paquetes GES y por prestaciones complejas.

Las razones para no perder de vista el tema de la gestión de redes asistenciales sobran. El caso más ilustrativo es el de Alzira, Valencia, antes citado –no por la concesión implícita, sino por el cambio del modelo de atención que se verifica en el proceso y sus razones- y toda la experiencia del buen Managed Care americano. Las soluciones públicas precisan gestionar la demanda, lo que equivale a racionar pero con criterios sanitarios.

Hay quienes opinan que un ajuste por uso de Libre Elección al capitado que transferiría FONASA a los Servicios se realizaría toda vez que el monto esté por encima de una banda predeterminada, expresada como % del gasto, monto que sería objeto de un suplemento en caso de estar por debajo de la banda. Este planteamiento surge de la preocupación por la duplicación de gasto que implica el uso simultáneo de la Libre Elección, pero es necesario señalar que este es el punto central del diagnóstico realizado en el documento, que se expresa en una preocupación por la transferencia creciente de recursos al sector privado, cuyas inversiones abren las puertas a dicho fenómeno, mientras en el sector público, carente de recursos, las puertas se estrechan. A este problema se agregan las dificultades para garantizar calidad.

4.3 Gobierno Corporativo para Hospitales Públicos

4.3.1 Marco Jurídico

Actualmente, de acuerdo a diversas leyes, la dirección de los hospitales públicos (EAR y EE) recae única y exclusivamente en una persona: el director del hospital, quien es el jefe superior de ese servicio público. Tal realidad, además, constituye la regla general en todos los organismos públicos de nuestro país.

En efecto, la Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado (LOCBGAE) señala en su artículo 31 lo siguiente:

La LOCBGAE, sin embargo, admite la existencia de consejos u órganos colegiados –por ejemplo, Directorios-, en "circunstancias excepcionales". La regla general es, entonces, que la dirección de un órgano público recaiga en una sola persona. Pero no está prohibido que la dirección superior pueda recaer en un Directorio.

- "Artículo 31.- Los servicios públicos estarán a cargo de un jefe superior denominado Director, quien será el funcionario de más alta jerarquía dentro del respectivo organismo. Sin embargo, la ley podrá, en casos excepcionales, otorgar a los jefes superiores una denominación distinta.
- A los jefes de servicio les corresponderá dirigir, organizar y administrar el correspondiente servicio; controlarlo y velar por el cumplimiento de sus

objetivos; responder de su gestión, y desempeñar las demás funciones que la ley les asigne.

- En circunstancias excepcionales la ley podrá establecer consejos u órganos colegiados en la estructura de los servicios públicos con las facultades que ésta señale, incluyendo la de dirección superior del servicio.”.

Ahora bien, con la dictación de la ley N° 19.937, sobre autoridad sanitaria, se intentó avanzar en la participación de la comunidad en la gestión de hospitales, pero tal avance fue mínimo, puesto que se propugnó solamente la creación de consejos “consultivos” sin poder de dirección.

En enero de 2010, comenzó a regir en nuestro país la Ley Nº 20.382, usualmente conocida como “Ley sobre Gobiernos Corporativos”, cuyo objetivo fue introducir perfeccionamientos a la normativa que regula los gobiernos corporativos de las empresas. Adicionalmente, con esta ley se cumplió una de las exigencias que la OECD imponía al país para ser considerado como miembro de dicha organización. Dicha Ley introdujo diversas modificaciones a la Ley N° 18.045, Ley de Mercado de Valores, a la Ley Nº 18.046, Ley de Sociedades Anónimas, y al Código de Comercio.

No es el objetivo de este documento analizar todas las modificaciones introducidas; lo relevante para nuestro análisis es entender cuáles son los fundamentos de esta nueva normativa y en qué medida ellos pudieran ser replicados en la gestión de los Hospitales Públicos.

En este sentido, es posible identificar los siguientes fundamentos:

- Aumentar la transparencia. La ley busca, en esta materia, aumentar la información que debe entregarse al mercado, el deber del Directorio de establecer políticas explícitas de transparencia en la información y la obligación de la empresa de regular el abuso de información privilegiada.
- Disminuir las asimetrías de información. Tanto el público como los accionistas minoritarios de la empresa disponen de mecanismos para acceder a información completa y oportuna.
- Empoderar a los accionistas minoritarios. En este punto, por una parte se crea la figura del “director independiente”, tanto respecto de la propia empresa, del grupo controlador, de la competencia, de los proveedores y de los mismos

clientes de dicha empresa y, por otra, en cuanto al Comité de Directores, su integración debe tener una mayoría de miembros independientes.

Con esto se pretende proteger los intereses de los accionistas versus la administración de la empresa.

4.3.2 Desde los principios de la OECD

Dijimos que la Ley sobre Gobiernos Corporativos se dictó por la necesidad de ajustar nuestra legislación a los principios de la OECD, sobre la materia. Interesante, entonces, resultaría aplicar al directorio de un Hospital los principios de gobierno corporativo de la OECD respecto de las funciones clave a desarrollar, los que podrían resumirse del siguiente modo:

i) Revisión y orientación de la estrategia del Hospital, de los principales planes de actuación, de la política de riesgos, de los presupuestos anuales y de los planes del Hospital; el establecimiento de objetivos en materia de resultados; el control del plan previsto y de los resultados obtenidos por el centro de salud y la supervisión de los pagos, las adquisiciones y desinversiones de mayor cuantía; ii) control de la eficacia de las prácticas de gobierno del Hospital, y la introducción de los cambios necesarios; iii) la selección, la retribución, el control y, en su caso, la sustitución de los directivos principales, iv) alineamiento de la retribución a los directivos principales y miembros del directorio con los intereses del Hospital y de los usuarios; v) garantizar la formalidad y transparencia del proceso de propuesta y elección de los miembros del Directorio; vi) el control y gestión de conflictos potenciales de interés entre directivos, miembros del directorio y usuarios, incluida la utilización indebida de los activos del Hospital y los abusos; vii) garantizar la integridad de los sistemas de presentación de informes presupuestarios y financieros del Hospital, incluida la auditoría independiente, y la disponibilidad de sistemas de control adecuados y, en particular, de sistemas de gestión del riesgo, de control financiero y operativo, y garantizar la adecuación de estos sistemas a la ley y a las normativas aplicables y; viii) la supervisión del proceso de revelación de datos y de las comunicaciones.

4.3.3 Diseño propuesto

Frente a un desarrollo potente de lo señalado en los puntos a y b anteriores, la generación de Directorios para hospitales EAR dependientes de la Dirección del Servicio de Salud sería una idea contradictoria con un vínculo del tipo "comprador-prestador" entre Servicio de Salud y Hospital EAR, vínculo que determinaría fuertemente la relación.

En el evento de prosperar la idea de producir un cambio en los mecanismos de financiamiento, con foco en la "gestión en red", el tema reduciría a poder conseguir mejores niveles de accountability, de modo tal que una propuesta alternativa de gobiernos corporativos surja de ello como tema central.

En un escenario con cambios en los mecanismos de asignación de recursos sólo cabe enfatizar en la necesidad de que la Subsecretaría de Redes cuente con un brazo armado para garantizar equilibrio financiero y buena productividad en los componentes de la red y tal vez en volver a pensar en la idea de desconcentrar esta subsecretaría del MINSAL, reservando para este último los temas de Salud Pública (colectiva) incluyendo la rectoría y regulación (modelo ex SNS). Y allí, en un modelo del tipo Servicio Nacional de Salud –SNS- estaría el espacio para generar el gobierno corporativo.

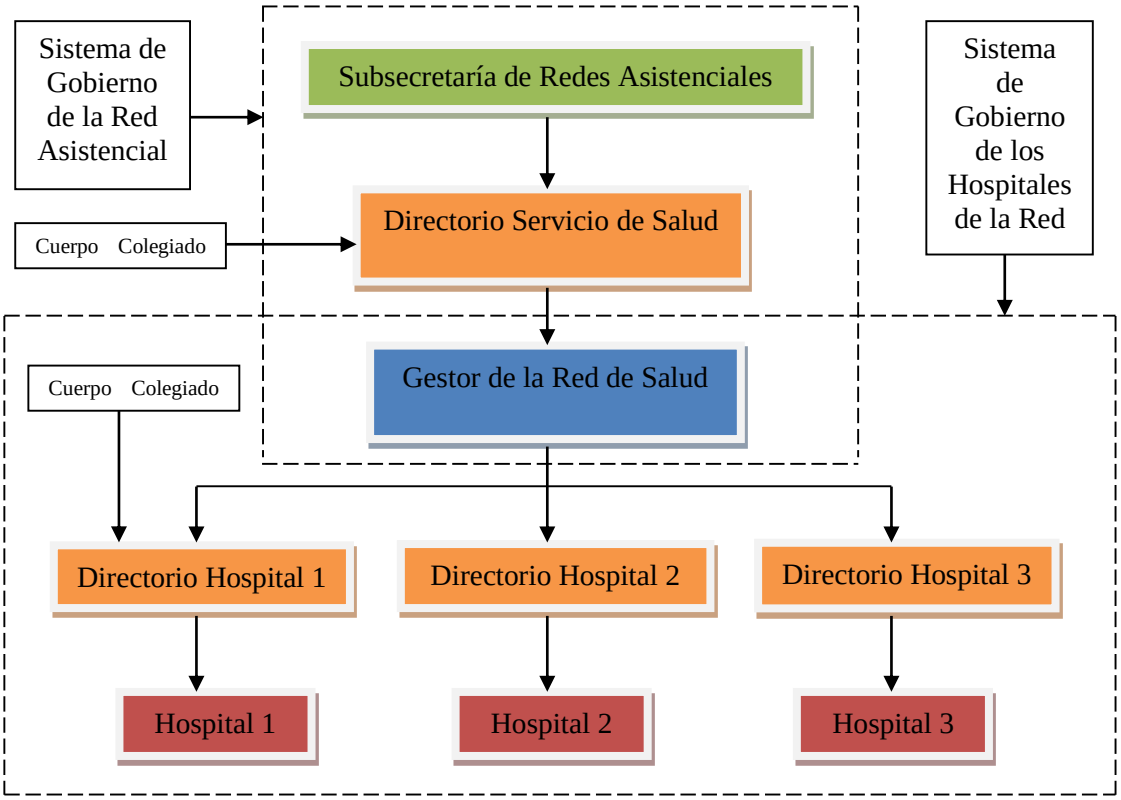
Por lo pronto, es dable pensar en un sistema de gobierno de los Servicios de Salud desde la Subsecretaría de Redes (cuerpo colegiado 1 en la Figura Nº2) y en un escenario sin cambios en los mecanismos de asignación de recursos y sin desconcentración de la red pública de servicios de salud, es necesario que el sistema de gobierno de los hospitales, desde el gestor de red, se base en un formato parecido y no en una dependencia unipersonal, que está expuesta a mayores riesgos (cuerpo colegiado 2, en la Figura Nº2). Pero hay que tener cuidado en no confundir una cosa con la otra: el gobierno de los Servicios de Salud sería un asunto diferente del gobierno de los hospitales de la red de cada Servicio de Salud, cualesquiera que sea el formato en el cual el hospital se administre (experimental o no experimental, empresa pública, etc.).

La dependencia de un hospital del Servicio de Salud cuya red asistencial conforma, resulta preferible para su regular operación y para garantizar su efectividad dentro de rangos razonables. Coordinar establecimientos que dependen de terceros (por ejemplo, de la Subsecretaría, como los experimentales) agrega un dolor de cabeza completamente evitable al gestor de red y no hay buenos argumentos para sostener esa solución. Muy por

el contrario. Esta es la ocasión de introducir un avance en el gobierno de las redes asistenciales y de los hospitales públicos, sea a través de la "compra-provisión" de servicios (en el escenario de cambio en los mecanismos de asignación de recursos) o a través de un gobierno corporativo.

Habida cuenta de lo anterior, la razón central para establecer un gobierno corporativo en un hospital público en un escenario sin cambios en los mecanismos de transferencia de recursos, se basa en el hecho de que aquel es una gran empresa (no es una PYME), a veces la más importante de todas en una localidad, empresa que dispone de una gran cantidad de recursos físicos y financieros, que ofrece oportunidades de empleo a la comunidad, que compra servicios de variada índole, que presta servicios en un tema de gran sensibilidad social y que, no obstante lo anterior, su dirección, que representa el nivel más alto de toma de decisiones, es unipersonal, expuesta al riesgo de cometer muchos errores, riesgo que se diversificaría en un cuerpo colegiado. El Gobierno Corporativo o Directorio representa una clara ventaja para la Dirección del Servicio de Salud, particularmente en el formato de hospitales autogestionados, en un escenario con los mecanismos de transferencia de recursos vigentes.

Figura N°2 Sistemas de Gobierno Corporativo



La fórmula que se propone es flexible, salvo por el hecho de que debería ser el propio Director del Servicio o alguien que el propio Director designe, quien presida el Directorio del Hospital. El Director debería designar a otros miembros –ojalá diversos especialistas en las materias que importan al giro (gestión y salud pública), no funcionarios del Servicio para evitar confusiones- en un número tal que garantice el control por parte del Servicio. Con el propósito de ampliar la base de representación de los dueños y la transparencia, a ese directorio podrían concurrir Directores de Salud de Atención Primaria y otros representantes de los variados intereses de la comunidad, incluyendo los de los médicos. Por cierto, la Subsecretaría de Redes Asistenciales podría nombrar también un representante, aun cuando aquello pareciera redundante.

En el caso de un Servicio de Salud que constituya directorios en más de un hospital podrían cambiar sólo los Directores de Salud de Atención Primaria y representantes de la comunidad interesada, manteniendo en todos los directorios el mismo núcleo de especialistas designados por el Director del Servicio.

El Directorio se reuniría periódicamente (una vez al mes) en sesiones ordinarias, se llevarían actas de sus reuniones numerando correlativamente los acuerdos y el Director del Hospital asistiría permanentemente para rendir cuentas de su gestión, sólo con derecho a voz. En caso de no ser médico, interesaría la concurrencia simultánea del Director Médico o su figura equivalente en la organización. Las actas deberían estar disponibles para el escrutinio de la comunidad.

El Director del Hospital sería elegido por el Directorio desde la terna que se proponga producto del concurso realizado a través del Sistema de Alta Dirección Pública y el propio Directorio tendría la obligación de evaluarlo anualmente y tendría la facultad de removerlo. En la medida que el Directorio sea controlado por los intereses del Servicio, esto equivale a la situación actual, donde el Director de Servicio selecciona desde la terna y evalúa el cumplimiento de un Convenio de Desempeño individual.

Sin embargo, la generación de Directorios para hospitales "autogestionados en red" dependientes de la Dirección del Servicio de Salud sería una idea contradictoria con un vínculo del tipo "comprador-prestador" entre Servicio de Salud y Hospital sugerido en el punto IV b, vínculo que determinaría fuertemente la relación.

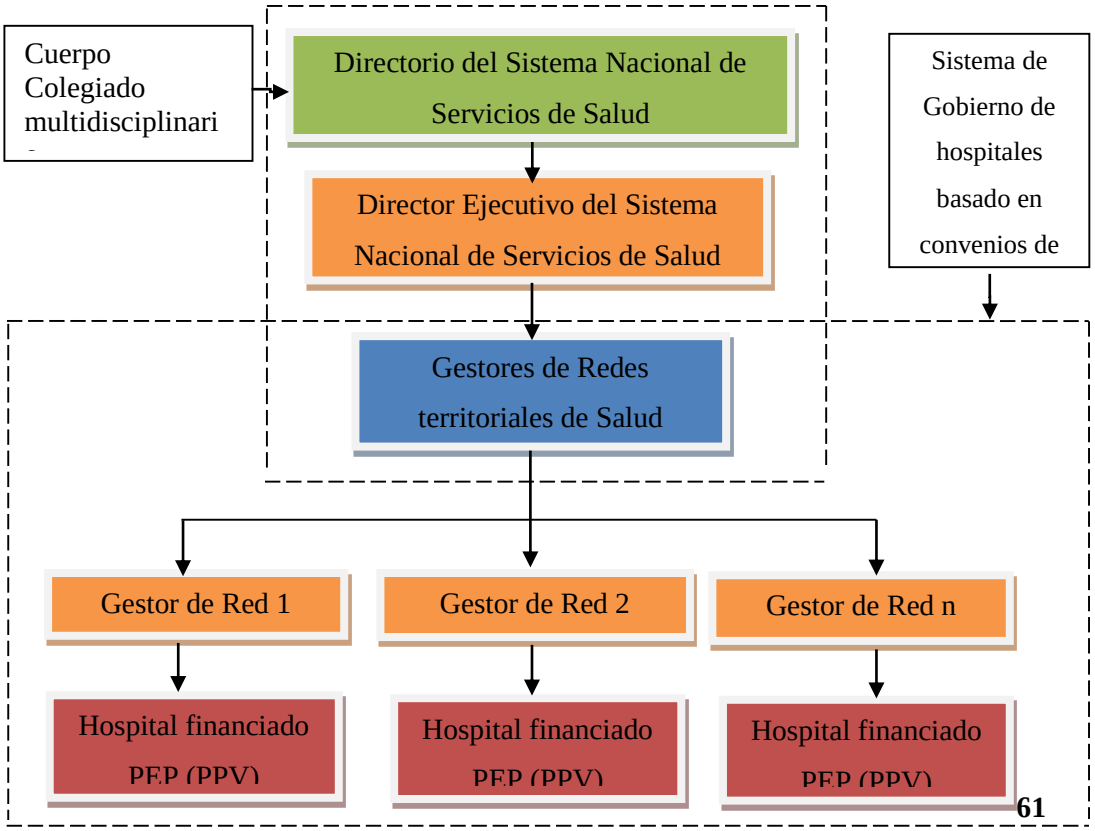
Si prospera la idea de cambiar los mecanismos de financiamiento para la "gestión en red", solo se requeriría volver a pensar en la idea de desconcentrar la Subsecretaría de Redes del MINSAL e instalar allí el sistema de gobierno con una figura del tipo ex SNS (figura Nº3), con un directorio multidisciplinario que minimice los riesgos de las decisiones y evite la captura y con un brazo armado para garantizar equilibrio financiero y buena productividad de la totalidad de la red.

En un escenario sin cambios en los mecanismos de asignación de recursos y sin desconcentración de la red pública de servicios de salud, sería necesario un sistema de gobierno de los hospitales a nivel del gestor de red. Pero hay que tener cuidado en no confundir el gobierno de los Servicios de Salud del gobierno de los hospitales.

Un subproducto de esta reflexión tiene que ver con la persistencia y la pertinencia de la municipalización de la salud. Tal vez ha llegado el momento de re-pensar la APS como un espacio no necesariamente dependiente de las gestiones alcaldicias y, ¿quién sabe?, tal vez constituido por grupos de médicos de familia o generales, emulando la evolución actual del modelo GP del reino unido. Pues bien, esto ha de evaluarse, pues no se trata de volver la APS a la dependencia del Servicio –si bien es una opción- dado que existen en la actualidad las tecnologías apropiadas para convenir entre las partes, administrar contratos, evaluar y auditar sus cumplimientos.

Otro derivado de esta reflexión dice relación con el caso de los hospitales tipo 4, atesorados por las comunidades a las que sirven, para los cuales es dable pensar en una gestión administrativa centralizada en el Servicio de Salud, que busque obtener economías de escala (contratos de servicios, comprar de medicamentos e insumos, etc.) y una dirección médica descentralizada.

Figura N°3 Sistemas de Gobierno Corporativo Desconcentrado



4.4 El Hospital Público como Empresa Autónoma del Estado o como Establecimiento Experimental

Al respecto, la Comisión Illanes propuso en su informe final observar el siguiente cuadro resumen, que compara la situación actual de los hospitales públicos con otra que se verificaría en el marco de la idea de Hospital Público como Empresa Autónoma del Estado.

La perspectiva del hospital público como empresa autónoma del Estado no es incompatible con el planteamiento realizado antes en materia de gobierno corporativo. Es decir, un hospital público podría ser una empresa pública –que en lo sustantivo implica no regirse por el estatuto administrativo, sino por código del trabajo- y a la vez tener un sistema de gobierno como el que hemos esbozado.

Ahora bien, este es un punto de alta sensibilidad política por sus implicancias para buena parte del funcionariado, pero otra parte del mismo podría ver una clara ventaja en reemplazar los precarios contratos de modalidad "a contrata" con contratos indefinidos que al menos le garantizarán una indemnización en caso de que se pusiera término a la relación contractual por parte del empleador.

El cuadro Nº9 examina ventajas y desventajas de la modalidad bajo Estatuto Administrativo y de una modalidad del tipo empresa autónoma del Estado.

El caso del Hospital Experimental, antes descrito, se mueve en esta misma dirección, la de crear condiciones que faciliten la gestión de los recursos. Esto, más un modelo de financiamiento escalonado y un sistema de gobierno corporativo no haría mucha diferencia con respecto a la idea de la empresa autónoma del Estado. Tal vez la eliminación de la palabra empresa ayudaría a reducir la oposición más ideológica a estas iniciativas, tanto como la sustitución de "experimentales" por "clínicos" como se ha pretendido incorporar al trámite de un antes citado proyecto de ley (ver II.c.4), sin resultados.

Cuadro Nº9

El marco jurídico-administrativo de los Hospitales Públicos y de las Empresas autónomas del Estado		
Dimensión	**HospitalesPúblicos**	**Empresas Públicas**
Dirección Superior	Unipersonal (Director)	Colegiada (Directorio, Consejo de Administración)
Nombramiento del Ejecutivo Superior	Sistema de Alta Dirección Pública (parcialmente) y Ministerio de Salud	Responsabilidad del cuerpo colegiado superior
Control del Ejecutivo Superior	Ministerio de Salud (en la práctica)	Responsabilidad del cuerpo colegiado superior
Profesión requerida del Ejecutivo Superior	Médico Cirujano (en la práctica)	Cualquiera de acuerdo a su capacidad y currículum
Régimen de Derecho	Público (sólo se puede hacer lo que está expresamente permitido)	Privado, aunque la empresa sea estatal (se puede hacer todo lo que no está expresamente prohibido)
Régimen de Control	Contraloría General de la República	Contraloría interna más Auditoría Externa
Régimen Laboral	Estatuto Administrativo más Estatuto del Médico Funcionario (modificado)	Código del Trabajo
Régimen Sindical	Prohibido (sustituto operando de facto)	Permitido
Dotación de Personal	Planta + Contrata, Fijada por Ley	Libre
Remuneraciones	Fijadas por Ley	Libres
Régimen de Desvinculación	Muy baja movilidad en Planta y máxima precariedad en modalidad a Contrata	El prescrito en el Código del Trabajo

Fuente: Informe Comisión Illanes, 2011

Ahora bien, ante la baja factibilidad de contar para los hospitales EAR con un marco jurídico-administrativo más apropiado, como sería el de las Empresas Autónomas del Estado o el de los Hospitales Experimentales (dado el fracaso del gobierno en su intento por incorporar este formato al caso de los Hospitales Concesionados de La Florida y Maipú), es necesario incorporar algunas propuestas en materia de gestión de Recursos Humanos:

- Reducción de los mecanismos informales de expansión de la dotación de personal (contratación de servicios, creación de fundaciones y corporaciones

de ayuda, etc.) por la pérdida de control sobre el gasto y por el desapego que esto produce entre profesionales del "core business" y la institución hospitalaria.

- Ajuste de las dotaciones de personal a los estándares en uso en los nuevos proyectos (y nuevas necesidades).
- Transferencia definitiva de la gestión de Recursos Humanos a los Hospitales EAR.
- Intervención decidida en el mercado del trabajo de los médicos para aumentar la oferta de especialistas (nivel MINSAL).
- Mejoramiento de remuneraciones de los médicos de urgencias y pacientes críticos para cerrar parcialmente las brechas con el sector privado que emergen de la escasez relativa, hasta el equilibrio (dada una decidida intervención en el mercado del trabajo para esas especialidades y otras falentes). Al respecto, hacemos la hipótesis de que la productividad y carga de trabajo serían comparables entre sector público y privado, aun cuando es posible que éstas sean mayores en el sector público en atención a que sólo los casos más graves ocupan las escasas camas de pacientes críticos, mientras que en el sector privado se hospitalizan en dichas camas pacientes que muchas veces no lo requieren o que, simplemente, en el sector público no las ocuparían.
- Persistencia en la selección de directivos hospitalarios a través del sistema de Alta Dirección Pública, incluyendo Dirección y Subdirecciones (hoy sólo se incluye la Subdirección Médica) y ajuste a remuneraciones de mercado.

5 Cierre

Un supuesto central ha de cumplirse para que tengan pleno sentido estas propuestas: que el sistema de ISAPRE persista en el tiempo como componente del sistema de seguridad social en salud, tal cual o reformado. Si no fuera éste el caso –lo que supone materializar reformas profundas por el lado del aseguramiento, al punto de sacar a las ISAPRE del sistema de seguridad social y reservarlas para desenvolverse sólo en el mundo de los seguros voluntarios, con FONASA como asegurador previsional único-, sería preciso pensar en otras cosas.

En la opción del seguro universal provisto sólo por FONASA se debería incluir un pensamiento muy cuidadoso en torno a las aspiraciones de nuestra clase media (cuyo 7% en adelante tendría un único destino) aprovechando el marco institucional vigente para la modalidad de atención de libre elección (MLE) y los paquetes asociados a diagnóstico (PAD), cuyo desarrollo decidido permitiría garantizar una transformación en esta dirección sin mucha conflictividad social. Preciso es recordar también que a los médicos sí les interesa que los pacientes tengan la opción de elegir dónde se atienden y que tal diversidad hoy día es proporcionada principalmente por las ISAPRE. Es decir, habría que buscar un mejor balance entre la opción MAI (la red asistencial) y la opción MLE, de cara a los tan temidos riesgos de duplicar gastos.

Es decir, la reforma de prestadores públicos depende de las reformas a la seguridad social en salud.