



La experiencia Chilena de administrar los Hospitales Autogestionados en Red, 2005-2012:

¿Un instrumento consolidado y definitivo o una transición a un nuevo tipo de prestador público, para una nueva etapa de la Reforma de Salud?

Manuel Inostroza¹
Ulises Nancuante²

¹ Académico de la Universidad Andrés Bello

² Académico de la Universidad Andrés Bello

I.	INTRODUCCIÓN.....	4
II.	MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA	6
1.	LA SEPARACIÓN DE FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD.....	6
2.	LOS 10 PRINCIPIOS CLAVES PARA UN EXITOSO SISTEMA DE SALUD INTEGRADO.....	8
3.	LA DEFINICIÓN EXPLÍCITA DE UN MODELO DE HOSPITAL PÚBLICO.....	10
III.	EL CONTEXTO POLÍTICO DE LA REFORMA Y DE LOS HOSPITALES AUGESTIONADOS EN RED.....	11
1.	EL CONTEXTO HISTÓRICO Y POLÍTICO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO.	11
2.	EL PROCESO DE ECONOMÍA POLÍTICA DE LA REFORMA, EL AUGE O GES Y LOS HOSPITALES AUTOGESTIONADOS. ..	12
3.	EL CONTEXTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA Y DE LOS HOSPITALES AUTOGESTIONADOS.	13
IV.	LA EVOLUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTIÓN EN RED	14
1.	NATURALEZA JURÍDICA Y NORMAS JURÍDICAS QUE LOS REGULAN	14
2.	CARACTERÍSTICAS	14
2.1.	SON ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	15
2.2.	SON ESTABLECIMIENTOS DE “MAYOR COMPLEJIDAD TÉCNICA”	15
2.3.	SON ESTABLECIMIENTOS CON “MAYOR DESARROLLO DE ESPECIALIDADES”	15
2.4.	SON ESTABLECIMIENTOS CON “MAYOR DESARROLLO DE ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA”	15
2.5.	SON ESTABLECIMIENTOS CON “MAYOR NÚMERO DE PRESTACIONES”	15
2.6.	SON ORGANISMOS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	15
2.7.	SON ORGANISMOS DESCONCENTRADOS DEL SERVICIO DE SALUD	16
2.8.	COMPROMETEN LOS RECURSOS Y BIENES AFECTOS AL CUMPLIMIENTO DE SUS FINES PROPIOS	16
3.	CREACIÓN Y REQUISITOS.....	17
4.	OBLIGACIONES BÁSICAS DEL ESTABLECIMIENTO EN RELACIÓN A LA RED ASISTENCIAL.....	19
5.	DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO DE AUTOGESTIÓN EN RED.....	20
5.1.	NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN	20
5.2.	ATRIBUCIONES	21
5.2.1.	Facultades relativas al desarrollo organizacional	21
5.2.2.	Facultades relativas al presupuesto de la organización	22
5.2.3.	Facultades relativas a gestión de recursos humanos	23
5.2.4.	Facultades relativas a suscripción de contratos	23
5.2.5.	Otras facultades	26
6.	EVALUACIÓN E INCENTIVOS	26
7.	PARTICIPACIÓN CIUDADANA.....	28
8.	NORMAS ESPECIALES DE PERSONAL	29
9.	RECURSOS Y BIENES DEL ESTABLECIMIENTO	29
10.	CONTIENDAS DE COMPETENCIA	30
11.	RED ASISTENCIAL DE ALTA ESPECIALIDAD	30
12.	LAS EVALUACIONES Y SEGUIMIENTOS DE LOS HOSPITALES AUTOGESTIONADOS.....	31
13.	OTRAS DIMENSIONES DEL IMPACTO DE LOS HOSPITALES AUTOGESTIONADOS.....	34
13.1.	ESTUDIOS DE SATISFACCIÓN USUARIA EN LOS PRESTADORES PÚBLICOS.....	34
13.2.	ANÁLISIS DE LA PRODUCTIVIDAD GLOBAL DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD POST-REFORMA DE LOS ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED	35

13.3.	LA GESTIÓN DEL TALENTO DE LOS DIRECTIVOS HOSPITALARIOS A TRAVÉS DEL SISTEMA DE ALTA DIRECCIÓN PÚBLICA ADMINISTRADO POR EL SERVICIO CIVIL	37
13.4.	LA DEUDA HOSPITALARIA Y EL EQUILIBRIO FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD	38
13.5.	OTRAS EVALUACIONES CONSISTENTES CON LAS DIFICULTADES DE IMPLEMENTACIÓN DE LOS HOSPITALES AUTOGESTIONADOS.....	40
V.	<u>EL BENCHMARKING ACTUAL DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA.....</u>	41
1.	EL CASO DE LOS HOSPITALES REGIONALES DE ALTA ESPECIALIDAD EN MÉXICO/HRAE	41
2.	GRUPO RIBERA DE CONCESIONES HOSPITALARIAS Y SU MODELO ALZIRA EN ESPAÑA.....	43
3.	FRANCIA Y EL “HOSPITAL 2007”	44
4.	ESTADOS UNIDOS Y LOS MODELOS DE KÁISER PERMANENTE Y CLEVELAND CLINIC.....	45
VI.	<u>RECOMENDACIONES, PROPUESTAS DE CAMBIOS REGULATORIOS Y CONCLUSIONES FINALES.....</u>	48
1.	LOS COMPONENTES ESENCIALES DE UN MODELO EXITOSO DE GESTIÓN HOSPITALARIA	48
2.	PROPUESTAS DE NUEVAS REGULACIONES PARA LOS HOSPITALES PÚBLICOS CHILENOS	53
2.1.	LA DESCONCENTRACIÓN.....	54
2.2.	LA DESCENTRALIZACIÓN	54
2.3.	LA EMPRESA AUTÓNOMA DEL ESTADO.....	58
3.	ANÁLISIS DE LA PROYECCIÓN DE LOS EAR.	59
3.1.	ESCENARIO UNO	59
3.2.	ESCENARIO DOS	59
3.3.	ESCENARIO TRES	60
VII.	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	61

I. INTRODUCCIÓN

Desde el año 2005 y en el contexto de la implementación de la Reforma de Salud y el AUGE o GES, existe en Chile un marco legal que transformó a nuestros principales y tradicionales hospitales públicos (60) en Establecimientos Autogestionados en Red (EAR).

Pronunciarse acerca de la suficiencia de las facultades legales y de gestión, conferidas a los EAR en relación a la flexibilidad en el uso de sus recursos y a su capacidad de estar a la altura de las expectativas de los ciudadanos, nos parece a siete años de su entrada en vigencia una tarea fundamental y necesaria.

“A pesar de los esfuerzos desplegados la mejoría de la situación aún es precaria, y el escenario de cada mañana se repite en general en los mismos términos. Además de la limitación, fácil de entender, en el número de camas, existen dificultades en la gestión de las mismas, ambos hospitales asumen sus responsabilidades en relación a pacientes GES y a sus programas de reducción de listas de esperas, lo que ha provocado que la necesaria complementariedad y transparencia, en muchas ocasiones no se produce. El Director del Hospital Carlos Van Buren (HCVB) no tiene atribuciones para disponer de las camas del Hospital Eduardo Pereira (HEP), pues esto queda entregado al criterio del médico residente de dicho hospital o al gestor de camas del mismo. El HCVB carece de servicio de cirugía adulto, por lo que es imperativo que el HEP reciba los pacientes post operados en la Unidad de Emergencia de Adultos (UEA), los que se deben tratar y los que se deben estudiar en dicha especialidad, situación que no ocurre debido a las razones antes señaladas. La situación financiera del Hospital no permite que se compren servicios de cama básica en el área privada” (Relato del Dr. Carlos Pardo durante el año 2010 en la comisión presidencial de salud, por su experiencia como director del Hospital Van Buren, hospital autogestionado).

Resulta por ende necesario que este documento de trabajo se haga cargo, más allá de las percepciones de un importante directivo hospitalario y en base a la información objetiva disponible, si es que conceptualmente y técnicamente se reconoce en Chile la importancia de la función de prestación de servicios en el marco de la separación de funciones de los sistemas de salud y por consiguiente si somos capaces de evaluar la eficiencia y calidad en la provisión de servicios, particularmente por parte de la red de prestadores públicos, como factor crítico de éxito de la Reforma de Salud Chilena, con enfoque de garantías explícitas para los ciudadanos, más conocidas como AUGE o GES. Y evaluar además si la autonomía de los hospitales autogestionados ha derivado en algún tipo de inconsistencia con las metas definidas por la red de salud correspondiente.

Finalmente y en virtud de la evaluación señalada precedentemente podremos estar en condiciones de plantearnos correcciones a las alternativas de implementación en curso, mejoras o lisa y llanamente de proponer cambios más radicales a nuestro sistema hospitalario público, con el propósito de hacernos cargo de la posibilidad de transitar hacia una nueva forma de financiamiento de los hospitales que suponga una mayor incidencia relativa de la venta de servicios (ingresos propios), tanto al FONASA, como a los seguros privados, de modo de estimular y premiar mayores niveles de actividad. En particular, corresponderá pronunciarse si los hospitales estarían en capacidad, y bajo que supuestos o condiciones, de financiarse íntegra (o crecientemente) mediante la venta de servicios en el evento que los subsidios o financiamiento estatal se canalizaran, en el futuro, hacia permitir que todas las personas

podrían acceder a un plan garantizado de salud, al estilo de lo propuesto por el voto de mayoría de la comisión asesora presidencial en salud del año 2010³.

Evaluar preliminarmente las dificultades técnicas, financieras y de economía política de una transición en el sistema de financiamiento de los hospitales en el caso de la plena implementación de la propuesta del voto de mayoría de la comisión asesora a la que se ha hecho referencia anteriormente y consecuentemente, considerar las nuevas presiones por los costos y la sustentabilidad financiera de los hospitales públicos chilenos, dado los nuevos desafíos de Reforma de Salud, parece también fundamental para mantener la confianza y una mejor relación precio-calidad en la prestaciones de salud que reciben los chilenos, claves para la viabilidad política y técnica de los nuevos cambios que nuestro sistema de salud necesita.

• ³ Informe Comisión Presidencial de Salud, Diciembre 2010, Gobierno de Chile.

II. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

El marco conceptual con el que desarrollamos este estudio se basa en:

1. La separación de funciones de los sistemas de Salud⁴

Esto debido a que uno de los objetivos que tuvo en vista la llamada “*Reforma de la Salud*” aprobada entre los años 2003 y 2005, fue fortalecer la institucionalidad y potestades de la Autoridad Sanitaria, estableciendo una clara separación de funciones entre las instituciones con competencia en materia de rectoría, regulación y fiscalización en salud, por una parte, con la prestación de acciones de salud, por la otra (NANCUANTE y ROMERO, “*La Reforma de la Salud*”, 2008). Lo anterior, en base a un diagnóstico efectuado el año 2002 por la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Reforma, específicamente en el Capítulo 4, “*Reorganización Institucional del Sistema de Salud*”, y en el Mensaje N° 81/347, de 25 de junio de 2002, con el que se inició el proyecto de ley que, posteriormente, se transformó en la Ley N° 19.937, también conocida como “*Ley sobre Autoridad Sanitaria*”⁵.

De acuerdo a dichos documentos, los problemas de la institucionalidad eran:

a) Dispersión, burocracia e ineficacia.

Concretamente, se hacía presente el involucramiento del Ministerio de Salud en la conducción de los prestadores públicos, lo que afectaba la dirección que le competía ejercer a los Servicios de Salud. Por su parte, se indicaba que los Servicios de Salud realizaban funciones de autoridad sanitaria, junto al otorgamiento de prestaciones de salud a través de sus Hospitales, lo que generaba ineficacia y confusión en la ciudadanía.

b) Capacidad normativa desigual.

Se constató la existencia de un “*exceso*” de normas en algunas áreas y ausencias en otras, lo que generaba una fiscalización irregular y de escaso impacto sanitario, como asimismo disparidad de criterios entre las distintas autoridades sanitarias locales.

c) Insuficiente fiscalización de la calidad de las prestaciones.

La fiscalización de las actividades de los prestadores recaía en los Servicios de Salud, los que simultáneamente estaban a cargo de la gestión de sus establecimientos, por lo que podían existir conflictos de interés al momento de fiscalizar.

d) Insuficiente comprensión del rol de la Autoridad sanitaria y ausencia de participación por parte de la ciudadanía.

e) Insuficiencias en la legislación vigente.

La legislación consagraba un régimen que, en primer lugar, impedía la integración armónica del subsistema público y privado, lo que generaba dificultades en el buen uso de los recursos del sector y restringía el acceso equitativo a la salud para muchas personas. En segundo lugar, limitaba la labor del Gobierno como responsable del desarrollo de todo el sector, al estar definido el rol de la Autoridad

• ⁴ Informe OMS año 2000.

• ⁵ En esta parte, se ha seguido de cerca de NANCUANTE, Ulises; ROMERO, Andrés y SOTOMAYOR, Roberto; “*Régimen Jurídico de la Salud*”; Editorial Legal publishing, 2012.

Sanitaria, en forma principal, como responsable de la gestión de las actividades de salud del subsector público, con el consecuente debilitamiento de las capacidades normativas y fiscalizadoras sobre el sector privado. En tercer lugar, enfatizaba las acciones sanitarias de tipo curativo-asistencial, especialmente en la esfera de la enfermedad y la reparación del daño, a pesar de que la evidencia científica disponible reconoce la importancia de las acciones de salud pública en la mantención y mejoramiento del estado de salud de la población.

f) Excesiva centralización de las decisiones.

La autoridad sanitaria del nivel central ocupa gran parte de su tiempo y energía, con el consiguiente desgaste político, en resolver problemas que deberían solucionarse en niveles operativos descentralizados. Por otra parte, el protagonismo del nivel central inhibía el desarrollo de las autoridades regionales que tenían escasa influencia en las decisiones sobre la salud, con una pobre coordinación y escaso aporte a las políticas sociales regionales.

g) Bajo desarrollo de inteligencia sanitaria.

Lo anterior, unido a un importante atraso tecnológico en sistemas de información y herramientas analíticas en el ámbito central y sobre todo a nivel regional, dificultaba la realización de los diagnósticos epidemiológicos y la toma de decisiones más adecuadas que reflejasen la diversidad ambiental, ecológica y de salud de las personas de nuestro país.

h) Escasa repercusión de las políticas de promoción y prevención en salud y anticipación al daño en las personas, las comunidades y el medio ambiente.

De acuerdo a los documentos señalados en el punto precedente, el diseño de la institucionalidad debía diferenciar con nitidez a las organizaciones centradas en la conducción del sistema, las organizaciones que agrupan a los agentes que ejecutan las tareas sanitarias y aquellas organizaciones que lo financian. La inadecuada diferenciación de éstas, tiene como consecuencia que determinadas actividades se privilegien en desmedro de otras, lo que repercutiría en el desempeño global del sistema. En base a lo anterior, los principios básicos de la reorganización que se tuvieron en cuenta al momento de presentar la nueva regulación institucional, fueron:

Separar claramente el trabajo de la rutina diaria operacional con aquel de diseño y análisis que conduce a la formulación de políticas y normas. Especializar los organismos descentralizados o desconcentrados para mantener una mirada integral de los problemas de salud, impidiendo que sea sólo el día a día de la atención de salud el que contamine el análisis sectorial. El eje central en el ámbito institucional fue el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria, dada la responsabilidad indelegable que tiene el Estado de guiar el desarrollo del sector salud y asegurar su efectivo desempeño para responder a las necesidades sanitarias de la población.

En materia de prestación de servicios de salud, las modificaciones institucionales tuvieron dos orientaciones principales: por un lado, establecer las normas jurídicas necesarias para fortalecer el trabajo de una verdadera red de salud, centrada en la atención primaria; y, por el otro, dotar de facultades propias a los Hospitales, de manera que la gestión de sus recursos se hiciera de manera local y dependiera exclusivamente del director del hospital y su equipo (NANCUANTE y ROMERO, *“La Reforma de la Salud”*, 2008).

A partir de la Reforma, al Servicio de Salud le fueron sustraídas de su ámbito de competencia todas las funciones relacionadas con la fiscalización de la normativa sanitaria –lo que quedó en poder de la SEREMI de Salud-; y en segundo lugar, se estableció un nuevo objeto de los Servicios: tener a su cargo

la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial que le corresponda, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. En otras palabras, con el nuevo modelo de gestión del Servicio de Salud, al director se le encomienda ocuparse de la gestión de las acciones de salud de la red, en cambio antes el centro estaba radicado en la gestión de los establecimientos, los que de acuerdo a la reforma deben estar “autogestionados” de acuerdo a los requerimientos sanitarios de la Red Asistencial. En otras palabras, el director tendrá que establecer las necesidades de atención y los estándares de calidad de éstos, mientras los directores de los establecimientos de salud que forman parte del Servicio deberán ocuparse de la gestión de sus recursos para el cumplimiento de estos requerimientos.

Hasta antes de la Reforma, los Hospitales eran una dependencia más del Servicio de Salud al que pertenecían, por lo que no contaban con personalidad jurídica ni patrimonio propio, ni con facultades propias para la gestión de sus recursos. Todos ellos se clasificaban en cuatro tipos (1, 2, 3 y 4), sobre la base del grado de complejidad técnica y nivel de desarrollo de especialidades; el desarrollo de organización administrativa; el ámbito geográfico de acción; y el número de prestaciones tales como consultas, egresos y otros.

Actualmente, los Hospitales se encuentran regulados en el Título IV del Decreto Supremo N° 140, de 2004, de Salud, en los artículos 43 y siguientes. De hecho este título se aplica a los hospitales que no han alcanzado la categoría de Establecimiento de Autogestión en Red. La idea general de esta regulación fue dotar de ciertos grados de mayor autonomía en la gestión de los hospitales que la que tenían los directores en la antigua regulación, especialmente en lo que se refiere a la definición de la estructura de la entidad y la organización de los recursos humanos, ya que a diferencia de la antigua regulación no existe un único modelo obligatorio para todo el país.

Ahora, los Hospitales se clasifican en establecimientos de alta, mediana o baja complejidad, de acuerdo a su capacidad resolutoria, determinada sobre la base del análisis en conjunto de los siguientes criterios: función dentro de la Red Asistencial teniendo presente los distintos niveles de complejidad de la Red; servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico considerando su resolutoriedad, disponibilidad de recurso humano, equipamiento, horario de atención y procedimientos o exámenes que realiza; grado de especialización de sus recursos humanos.

2. Los 10 principios claves para un exitoso Sistema de Salud Integrado⁶.

Fruto de una revisión bibliográfica de miles de artículos sobre gestión hospitalaria, se concluye que en los siguientes 10 factores se juega el éxito de un modelo de gestión asistencial integrado o en red de salud.

i. Servicios de salud integrados a través de un modelo de atención continua.

- Cooperación entre organizaciones sociales y de salud
- Acceso a un continuo de atención en salud con múltiples puntos de entrada
- Énfasis en calidad de vida, promoción de salud y atención primaria

• ⁶ Ten Key Principles, for Successful Health Systems Integration. Esther Suter, Nelly D. Oelke, Carol E. Adair and Gail D. Armitage.

- ii. Foco en el paciente.**
 - Filosofía centrada en el paciente, con foco en sus necesidades
 - Involucramiento y participación de los pacientes
 - Evaluación de necesidades de la población asignada
- iii. Cobertura geográfica y gestión de las listas de espera.**
 - Maximizar la accesibilidad de los pacientes y minimizar la duplicidad de servicios
 - Capacidad para gestionar listas de espera, identificando a la población, dándole su derecho a elegir prestadores y determinar su egreso o salida.
- iv. Atención de salud estandarizada a través de equipos interprofesionales.**
 - Equipos interprofesionales a través del continuo de atención
 - Prestadores con capacidad de desarrollar medicina basada en la evidencia, mediante el uso de guías y protocolos clínicos, independiente de donde los pacientes son tratados.
- v. Gestión del desempeño.**
 - Comités de Calidad de Servicio, de evaluación y mejoramiento continuo.
 - Diagnósticos, tratamientos e intervenciones ligadas a resultados clínicos
- vi. Sistemas de Información.**
 - Estado del arte de sistemas de información para registrar, seguir y reportar actividades asistenciales.
 - Sistemas eficientes que habilitan una fluida comunicación e información a través del continuo de atención en la red.
- vii. Cultura organizacional y liderazgo.**
 - Soporte organizacional con demostración de compromiso
 - Líderes con visión capaces de desplegar una fuerte e inclusiva cultura organizacional
- viii. Integración de los médicos al modelo.**
 - Médicos comprometidos con un modelo integrado de atención de salud
 - Soportes en la creación y mantenimiento de un único punto de entrada para todos los registros clínicos electrónicos
 - Comprometidos, liderando y participando en los diferentes comités técnicos.
- ix. Estructura de Gobernanza.**
 - Un Gobierno corporativo fuerte y diverso, representativo de los diferentes grupos de interés involucrados.
 - Estructura que promueve la coordinación a través de los diferentes niveles y puntos de atención.

x. Gestión del financiamiento.

- Alineado con el objetivo de asegurar una equitativa distribución de los recursos en los diferentes niveles de atención o prestación de servicios.
- Con mecanismos que incentivan el trabajo en equipo o interprofesional y la promoción de la salud
- Suficiente para asegurar recursos que permitan cambios sustentables en el tiempo.

Cuando en el mundo se discute la sustentabilidad en el largo plazo de los sistemas de salud, así como lo hacemos en Chile, aún a pesar de haber aprobado una muy reciente reforma de salud; los sistemas integrados de salud son considerados al menos en parte una solución y por ende, es tarea de los tomadores de decisiones de políticas públicas en salud desarrollar estrategias que permitan su implementación.

La revisión de la literatura al respecto nos muestra que hay diversos modelos para la integración de los sistemas de salud, sin embargo, se han identificado estos 10 relativamente universales principios como parte de exitosos sistemas de salud integrados. Estos principios definen las áreas a reestructurar al mismo tiempo que se persigue flexibilidad organizacional y adaptación a los contextos locales, aunque se requieren mayores niveles de detalle para definir estructuras específicas y mecanismos de gestión exitosos.

3. La definición explícita de un Modelo de Hospital Público.

Independientemente de la diversidad de modelos hospitalarios, el desafío consiste en definirse por uno y buscar su mejor estrategia de implementación, en consonancia con un marco regulatorio que lo haga viable y sustentable. Sin embargo, la definición de un modelo tiene tres componentes, por una parte se debe definir un modelo de negocio, o como se diría en la jerga de la gestión pública un modelo de valor público, por otra se debe definir un modelo de gestión y finalmente desarrollar una metodología de evaluación de su desempeño.

Un modelo de valor público hospitalario contribuye a que los administradores o gestores públicos respondan dos preguntas fundamentales: ¿por qué o para qué finalidad existe la organización pública en la que trabajo? En este caso un hospital público y ¿cómo nos vamos a enterar que nuestro hospital o nuestros servicios asistenciales de salud alcanzaron sus propósitos o sus metas? En cambio un modelo de gestión pública hospitalaria se atribuye las características o él como se cumplen de mejor manera los objetivos del hospital público.

De hecho claves como servicios de salud integrados a través de un modelo de atención continua, foco en el paciente, cobertura geográfica y gestión de las listas de espera, estructura de gobernanza e integración de los médicos al modelo son elementos constitutivos de un modelo de valor público, en cambio elementos de gestión del desempeño, sistemas de Información, cultura organizacional y liderazgo, atención de salud estandarizada a través de equipos interprofesionales y gestión del financiamiento parecen ser componentes más propios de un modelo de gestión hospitalario.

III. EL CONTEXTO POLÍTICO DE LA REFORMA Y DE LOS HOSPITALES AUGESTIONADOS EN RED

1. El contexto histórico y político del Sistema de Salud Chileno.

Para entender el contexto hay que remitirse a la historia de nuestro sistema de salud y las diversas etapas por las que ha ido transitando, una historia que en todo caso ha estado por lo general llena de éxitos sobre todo a través del siglo XX, habiendo logrado buenos índices en desnutrición, mortalidad infantil y expectativas de vida de la población, tendencia que se fue acentuando en las épocas más recientes y que nos han colocado en una situación de liderazgo en América Latina. Estos resultados dieron al Servicio Nacional de Salud, ente público rector del área desde 1952 hasta 1980, un estatus de privilegio como organismo público eficaz de legitimidad indiscutida. Fue precisamente esta positiva evaluación, la que ligada a la ideología predominante en el país, además de su práctica generalizada en el mundo, en orden a que la salud debía seguir siendo una responsabilidad y una tarea fundamentalmente pública, en la que no cabía la acción privada con fines de lucro, las que hicieron de este pensamiento una posición prácticamente transversal en todos los sectores políticos.

Así las cosas sobrevino la dictadura militar, en cuya conducción económica y política se dio una nueva respuesta ideológica, que confiaba plenamente en la creación de un sector privado de salud asegurador y prestador, capaz de ser un sustituto viable del sector público. Estas definiciones junto a la crisis económica de los 80 generaron un escenario de crisis de nuestro sistema público de salud particularmente a nivel hospitalario. Fue precisamente en este trasfondo complejo, a la vez ideológico y de acuciantes problemas de recursos y gestión, en que se da inicio en 1990 a la era de la Concertación.

Fue así que en los primeros años de gobierno democrático se caracterizan por un esfuerzo fiscal de gran envergadura, encaminado a rescatar al sistema hospitalario y a la atención primaria de su situación de déficit y postración. Los mayores recursos presupuestarios sirvieron para mejorar las remuneraciones de los médicos y del personal de la salud en general (proceso no exento de los inevitables conflictos y duras negociaciones que le son propios) y para reequipar los hospitales. Desgraciadamente esta inyección continua de recursos no se tradujo en una mejora visible de la atención pública de salud. Por el contrario, los estudios realizados (Tokman y Rodríguez) demostraron que, pese al aumento de recursos, la productividad del sector declinaba año a año, poniendo paulatinamente de relieve la existencia de serios problemas estructurales en el sistema público, hecho nunca reconocido, en los dos primeros gobiernos de la Concertación, por el grueso de la élite política de la coalición (a excepción de los ministros de salud Jiménez y Massad) ni menos por el Colegio Médico y demás gremios del sector, quienes atribuían tales falencias a que aún subsistían a una gran insuficiencia de recursos⁷.

En síntesis no encontrábamos abonado el camino para emprender reformas o ajustes de gestión al modelo público hospitalario, ni siquiera cuando el esfuerzo se centraba en el marco de una política explícita de modernización y fortalecimiento del sector público. Fueron los gremios de la salud y la clase política en general sus principales detractores y principal y exclusivamente centrados en las exigencias de mayores aumentos presupuestarios.

• ⁷ Economía Política de la Reforma de Salud. Edgardo Boeninger. Senador de la República. Libro Reforma de la Salud en Chile: Desafíos de la Implementación, 2007.

2. El proceso de economía política de la Reforma, el AUGE o GES y los Hospitales Autogestionados.

Después del AUGE o GES, el segundo gran eje de la reforma de salud estaba constituido por la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión Pública que modificaba el decreto ley N° 2.763 de 1979, el cual organizaba el sistema público de salud. Este conjunto de normas pretendía, por una parte, fortalecer el rol regulador del MINSAL, y por otra, mejorar la gestión de los establecimientos públicos. Para abordar el problema de gestión de los establecimientos hospitalarios públicos, la ley introducía la figura del hospital autogestionado, es decir, un establecimiento con mayor autonomía de gestión necesaria para convertirse en el ente ejecutor de las garantías que el régimen AUGE o GES iba a implicar⁸. De hecho, la ley de autoridad sanitaria, que contenía las fórmulas de autogestión para los hospitales públicos, no encontró mayores resistencias en la derecha, ya que la ineficiencia de la gestión hospitalaria había sido por años uno de los blancos del ataque del discurso derechista y claramente esta propuesta de legislación contribuía a reparar esta situación.

Sin embargo, la resistencia a los hospitales autogestionados se sostuvo desde los gremios de salud en general y desde diversos políticos y parlamentarios de la Concertación, los que en coherencia con su perspectiva histórica se opusieron a todos los esfuerzos de modernización pública. Hay que recordar que el planteamiento inicial sobre los hospitales públicos pretendió avanzar por la plena autonomía, propuesta que debió morigerarse debido las negociaciones con los gremios y el parlamento, en la modalidad que derivó en la autogestión hospitalaria. No obstante lo anterior, ni siquiera el hecho de que en el proyecto de ley de autoridad sanitaria que incluía a los hospitales autogestionados, se incorporaran además todos los incrementos de remuneraciones, bonos e incentivos al retiro exigidos por los gremios, hicieron que estos se inclinaran por su apoyo a la autogestión. Simbólico fue el hecho de que la mayor movilización de protesta impulsada por los gremios en el Congreso, se dio cuando se aprobaba en su último trámite legislativo en la Cámara de Diputados la ley de Autoridad Sanitaria y de los hospitales autogestionados.

No obstante el año 2004 y desde la perspectiva legislativa, había comenzado favorablemente para la reforma y en febrero de ese mismo año se promulgaba otra importante ley del paquete de reformas: la Ley 19.937, referida a la autoridad sanitaria y hospitales autogestionados. No obstante, las negociaciones para aprobar la ley AUGE, corazón de la reforma se comienzan a entrapar. La principal razón radica en un problema de diseño del Fondo de Compensación Solidario (Lenz, 2005)⁹. Así, la exclusividad de las camas hospitalarias públicas para paciente FONASA, sostenida fuertemente por la “bancada médica” y sectores de izquierda, sumada a la amenaza de inconstitucionalidad que senadores de derecha levantaron en contra del mecanismo financiero, precipitó la caída del Fondo Solidario el que tuvo que ser retirado por el ejecutivo para salvar la reforma a mediados del 2004. Con todo, la evaluación del ejecutivo era que el trade-off político producto del proceso político de tramitación de la reforma AUGE era largamente favorable a la reforma. Esto se fundamentaba en que el tema de la Garantías Explícitas en Salud, el corazón de la reforma, había salido intacto del proceso político en su etapa de negociación legislativa. Así el plan AUGE, formalmente el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), se promulgaba en agosto del 2004, estableciéndose su fecha de entrada en vigencia en julio del 2005.

• ⁸ El proceso de político de la Reforma de Salud AUGE. Rony Lenz, 2007.

• ⁹ Lenz, Rony (2005): “Políticas Públicas en Salud: Experiencias y Desafíos en Chile 1990-2010, Una Mirada Económica” en La Paradoja Aparente, editor Patricio Meller, Ed. Taurus.

3. El contexto para la Implementación de la Reforma y de los Hospitales Autogestionados.

Tan crítico resultaba ponerse en la lógica de la implementación de los hospitales públicos autogestionados, que hubo que ponerse a analizar los diferentes escenarios posibles y al menos parecían configurarse tres¹⁰:

1. Cumplen con los recursos asignados las demandas de garantías del AUGE, sin complicar los recursos y demandas de producción de las patologías NO-AUGE (el escenario esperado)
2. Se ajustan a las demandas del AUGE pero desviando recursos y demandas de producción que antes pertenecían a los problemas de salud NO-AUGE.
3. Cumplen pero con derivación a privados. Aquí se fuerzan los cumplimientos AUGE con derivaciones a prestadores privados externos o internos al sector público.

En todos los casos descritos existían riesgos fiscales para el Estado los que debían ser mitigados por la implementación de diversas medidas entre las cuales se contaban con:

- Un Sistema de costos hospitalario confiable
- Una adecuada política de definición de precios del sector público
- Un incremento importante del presupuesto de prestaciones valoradas para las patologías NO-AUGE
- Un adecuado sistema de monitoreo de la productividad institucional y de los RRHH del sector público hospitalario
- Una revisión del actual marco de incentivos económicos asociados a la productividad asistencial del personal

Sin embargo, desde los primeros años de implementación algunos elementos comienzan a dar indicios de una pérdida del ímpetu que el Presidente Lagos había logrado darle al AUGE en la fase de negociación y que se comienzan a convertir en la tónica de la fase de implementación de la Reforma. La Presidenta Bachelet, nombra el año 2006 a un primer equipo ministerial poco afín con la reforma. La idea de los hospitales autogestionados, como principales elementos ejecutores de las garantías, se debilita: hasta fines del 2006 sólo existían 3 hospitales autogestionados, cuando la meta eran 50 para el año 2009. El nuevo equipo no repara la inadecuación de los sistemas de información, lo cual genera una escasez de datos, que impide evaluar objetivamente el cumplimiento de garantías y el avance de la reforma. No se dota a la población ni de información, ni de medios para ejercer un control eficaz del cumplimiento de sus derechos¹¹. En síntesis, no es casualidad que hoy nos encontremos evaluando las dificultades que ha tenido para su entrada en vigencia la iniciativa de los hospitales públicos autogestionados. Como hemos visto eran previsible sus problemas, si ya sea desde la perspectiva histórica, de negociación de la reforma, así como desde la lógica de la implementación, siempre hemos encontrado oposición política y técnica para su exitosa entrada en vigencia.

• ¹⁰ Documento del Banco Mundial, Nota de política pública sobre la implementación de la Reforma de Salud Chilena y sus riesgos. Cristian Baeza 2006.

• ¹¹ El proceso de político de la Reforma de Salud AUGE. Rony Lenz, 2007.

IV. LA EVOLUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTIÓN EN RED¹²

1. Naturaleza Jurídica y normas jurídicas que los regulan

Uno de los objetivos del legislador de la Reforma, fue dotar de autonomía para la gestión de sus recursos a aquellos establecimientos que hubiesen demostrado una adecuada gestión administrativa y financiera, por lo que para obtener dicha calidad debían cumplir previamente ciertos requisitos.

Así pues, no todos los hospitales y otros establecimientos de salud tendrán la categoría de autogestión, sino sólo los que cumplan los requisitos que se establecen. La institución se encuentra regulada en el Título IV del DFL N° 1, de 2005, de Salud, artículos 31 y siguientes y en el Capítulo II del Decreto Supremo N° 38, de 2005, de Salud. Sin perjuicio de ello, como establecimiento de salud dependiente del Servicio de Salud, se rigen supletoriamente por las normas del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

El artículo 31 del citado DFL, dispone que: *“los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de “Establecimientos de Autogestión en Red”, con las atribuciones y condiciones que señala este Título, si cumplen los requisitos que se determinen en el reglamento...”*.

Agrega que: *“Los establecimientos que obtengan la calidad de “Establecimiento de Autogestión en Red” serán órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 33 de la Ley N° 18.575 ... y a las normas del presente Libro. No obstante, en el ejercicio de las atribuciones radicadas por ley en su esfera de competencia, no comprometerán sino los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios a que se refieren los artículos 42 y 43”*.

2. Características

De acuerdo a las normas transcritas, los Establecimientos de Autogestión en Red presentan las siguientes características:

- 1.- Son establecimientos de salud.
- 2.- Son establecimientos de *“mayor complejidad técnica”*.
- 3.- Son establecimientos con *“mayor desarrollo de especialidades”*.
- 4.- Son establecimientos con *“mayor desarrollo de organización administrativa”*.
- 5.- Son establecimientos con *“mayor número de prestaciones”*.
- 6.- Son organismos dependientes de los Servicios de Salud.
- 7.- Son organismos desconcentrados del Servicio de Salud.
- 8.- Comprometen los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios.

• ¹² En esta parte, se ha seguido de cerca de NANCUANTE, Ulises; ROMERO, Andrés y SOTOMAYOR, Roberto; *“Régimen Jurídico de la Salud”*; Editorial Legal publishing, 2012.

2.1. Son establecimientos de salud

Los establecimientos de salud se encuentran regulados en el capítulo V del Decreto Supremo N° 140, de 2004, de Salud. El artículo 34 de dicho cuerpo normativo establece que *“en los establecimientos de salud pertenecientes a los Servicios se realizarán, con los recursos humanos y materiales de que dispongan según su nivel de complejidad, las funciones multidisciplinarias de asistencia social, psicológicas y espirituales tendientes a colaborar en su campo de especialidad en las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de las personas enfermas”*.

El reglamento considera los siguientes establecimientos de salud: Establecimientos de Atención Primaria de los Servicios de Salud, Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT), Centros de Especialidad y Hospitales.

2.2. Son establecimientos de “mayor complejidad técnica”

El artículo 11 del Decreto Supremo N° 38, de 2005, de Salud, establece que *“Para estos efectos se entenderá que tienen mayor complejidad técnica aquellos establecimientos que estén clasificados como de alta complejidad de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud”*.

De los establecimientos existentes, tanto los de atención primaria como los CRS, en ningún caso podrían ser calificados como establecimientos de autogestión en red, dada su baja complejidad.

Por su parte, los CDT son definidos como establecimientos de atención abierta de alta complejidad, por lo que si cumplen los demás requisitos podrían entrar en esta calificación. En cuanto a los Centros de Especialidad y los Hospitales, ambos pueden ser clasificados como de alta, mediana o baja complejidad, de acuerdo a los requisitos que establece el artículo 44 del reglamento señalado. De esta manera, solo los Centros de Especialidad y Hospitales que sean clasificados como de alta complejidad y cumplan los demás requisitos, podrán ser calificados en la categoría de autogestión en red.

2.3. Son establecimientos con “mayor desarrollo de especialidades”

El artículo 11 del Decreto Supremo N° 38, de 2005, de Salud, establece que por ello se entenderá que los establecimientos, de acuerdo a su complejidad técnica, cuentan con al menos una de las especialidades básicas de: medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría, y poseen varias subespecialidades de la medicina que no corresponden a las especialidades básicas citadas, tales como cardiología, neurología, nefrología, gastroenterología, oftalmología, otorrinolaringología, entre otras.

2.4. Son establecimientos con “mayor desarrollo de organización administrativa”

Corresponde al conjunto de mecanismos o procesos administrativos que sostienen la gestión asistencial, y que incluyen unidades y procedimientos, tales como sistemas de abastecimiento, contabilidad, información, control de gestión, entre otros.

2.5. Son establecimientos con “mayor número de prestaciones”

No existe una definición legal o reglamentaria al respecto, siendo el sentido de esta disposición que la cantidad de prestaciones que realiza el establecimiento sea de tal entidad que tenga un peso relevante dentro de la acción global de la red local o nacional.

2.6. Son organismos dependientes de los Servicios de Salud

No son servicios públicos autónomos, por lo que no cuentan con personalidad jurídica ni patrimonio propio, de modo que actúan bajo la personalidad del Servicio de Salud.

2.7. Son organismos desconcentrados del Servicio de Salud

La ley desconcentró funcionalmente a los Servicios, mediante la radicación de determinadas atribuciones en los establecimientos de salud que hayan sido calificados como de autogestión en red.

Al igual que en el caso de la SEREMI de Salud, la ley utilizó la fórmula de la desconcentración para atribuir competencias directamente en una autoridad de inferior jerarquía en la organización, para que ésta las ejerciera directamente sin interferencias externas.

La desconcentración es un *“fenómeno en virtud del cual se transfieren competencias de los órganos superiores a los inferiores y se disminuye la subordinación de éstos a aquéllos. Desconcentrar significa desviar algo de su centro. Lo que ocurre es que, por la asignación de competencia a un órgano para decidir exclusivamente en determinado asunto, no hay relación jerárquica en esa materia con su superior, sin que por eso deje tal órgano de pertenecer a la persona jurídica”*¹³.

Así pues, la desconcentración es un mecanismo mediante el cual la ley le otorga directamente ciertas competencias a una autoridad de inferior jerarquía, sustrayendo del conocimiento del superior estas materias.

Lo que se buscó con esta regulación fue darle el mayor grado de autonomía en la gestión de sus recursos a los directores de estos establecimientos, dejando afuera la posibilidad de intromisión por parte del director de Servicio de Salud.

Es así como el artículo 35 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, dispone expresamente que *“La administración superior y control del Establecimiento corresponderán al Director. El Director del Servicio de Salud no podrá interferir en el ejercicio de las atribuciones que le confiere este Título al Director del Establecimiento, ni alterar sus decisiones. Con todo, podrá solicitar al Director del Establecimiento la información necesaria para el cabal ejercicio de las funciones de éste”*.

En el diseño institucional, el rol del director del Servicio de Salud es el de determinar las necesidades de atención de salud de la población a su cargo, disponiendo *“qué”* deben hacer estos establecimientos. Por su parte, a los directores de estos establecimientos les corresponde determinar *“cómo”* se van a producir las prestaciones que la red asistencial les requiere.

Para este objeto, la ley establece que los mecanismos y procedimientos de coordinación y relación entre el Director del Establecimiento y el Director del Servicio de Salud correspondiente se regirán por lo establecido en la ley y por convenios de desempeño que deberán establecer especialmente directivas sanitarias relacionadas con el cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración a la Red, como asimismo metas de desempeño presupuestario.

2.8. Comprometen los recursos y bienes afectos al cumplimiento de sus fines propios

Como lo señalamos, el establecimiento no cuenta con patrimonio propio, pero la ley afectó para el uso, goce y disposición exclusiva del establecimiento los bienes que estén bajo su gestión.

En efecto, el artículo 43 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, dispone que *“El Establecimiento tendrá el uso, goce y disposición exclusivo de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, que se encuentren destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios,*

• ¹³ Manual de Derecho Administrativo, Universidad Nacional Andrés Bello, Patricio Aylwin Azócar, Eduardo Azócar Brunner, pág. 154-155, edición mayo 1996.

administrativos u otros objetivos del Establecimiento, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de “Establecimiento de Autogestión en Red”, y de los demás bienes que adquiera posteriormente a cualquier título”.

La afectación de estos bienes y su compromiso en las decisiones de gestión del establecimiento tiene un doble objetivo. Por una parte evitar que desde el Servicio de Salud se le sustraigan recursos al establecimiento de autogestión, para destinárselos a otro establecimiento; y, por la otra, generar una responsabilidad patrimonial directa al establecimiento, como contrapartida natural del otorgamiento de atribuciones propias para la autonomía en la gestión.

3. Creación y requisitos

Como se dijo, no todos los establecimientos tienen la categoría de autogestión en red, la que es concedida una vez se cumplen una serie de requisitos que acreditan que el establecimiento ha sido correctamente gestionado, por lo que puede gozar de la autogestión que favorece la ley.

De esta manera, mediante resolución fundada conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerá la calidad de “Establecimiento de Autogestión en Red” a aquellos que cumplan los siguientes requisitos, establecidos en el artículo 16 del Decreto Supremo N° 38, de 2005, de Salud:

a) Demostrar la existencia de una articulación adecuada con la Red Asistencial y cumplir las obligaciones básicas¹⁴ que debe cumplir el establecimiento en relación a la Red, para lo que se requerirá un informe del Director del Establecimiento al Director de Servicio correspondiente.

b) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado.

Para tales efectos, el establecimiento deberá acreditar y mantener la acreditación de todas las prestaciones que otorgue para las cuales se hayan fijado los respectivos estándares de calidad por el Ministerio de Salud, conforme a lo establecido en el Reglamento que Establece el Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud.

c) Tener un Plan de Desarrollo Estratégico para el establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio, que deberá considerar, a lo menos, los siguientes aspectos:

- i.- Política y plan de acción de Recursos Humanos.
- ii.- Política y plan de acción de Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria, la que deberá apoyarse en sistemas de información, con indicadores que den cuenta de las tendencias del equilibrio presupuestario y financiero. Se deben contemplar entre éstos los exigidos por la Ley de Presupuestos y su funcionamiento se ajustará a la normativa vigente.
- iii.- Política y plan de acción de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria.
- iv.- Plan de Gestión Clínica y Administrativa.
- v.- Procedimientos de recaudación de ingresos de operación y otros ingresos.
- vi.- Plan de Actividades de Auditoría interna.
- vii.- Sistemas de Planificación y Control de Gestión.

• ¹⁴ Las obligaciones básicas serán analizadas más adelante.

d) Contar con un Plan Anual de Actividades y un Plan de Inversiones que implemente el Plan de Desarrollo Estratégico.

e) Mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como el equilibrio que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días y que dichas obligaciones deben contar con el respaldo presupuestario correspondiente.

f) Tener sistemas de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios, así como del cumplimiento de las metas sanitarias establecidas en Convenios o Compromisos de Gestión.

g) Cumplir con las Garantías Explícitas en Salud que se encuentren vigentes en la atención de pacientes beneficiarios de éstas, salvo que exista justificación fundada para el incumplimiento.

h) Tener implementado, de acuerdo a su Plan de Desarrollo Estratégico y a las políticas del Servicio en lo referente a los beneficiarios de Fonasa, procedimientos de cobro y recaudación de ingresos.

i) Contar con mecanismos formales de participación tales como: Consejo Técnico, Comités, Unidades Asesoras y cualquier otro que sea necesario, de carácter permanente o temporal. Deberán contar con reglamentaciones internas de funcionamiento, mantener actas de sus sesiones y ser constituidos formalmente por resolución interna. Asimismo deberán contar con sistemas de cuenta pública a la comunidad.

j) Deberá existir en el Establecimiento un sistema especializado que cuente con mecanismos para el manejo de las peticiones, críticas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientado a recibirlos y solucionarlos. Dichos mecanismos deberán estar acordes con las instrucciones impartidas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales para estos efectos.

Mediante instrucciones emanadas de los Ministerios de Salud y Hacienda se establecen los instrumentos técnicos y medios de verificación del cumplimiento de estos requisitos.

En cuanto al procedimiento para obtener la calificación, éste se encuentra regulado en el artículo 12 y siguientes del Decreto Supremo N° 38, de 2005, de Salud, disponiéndose que el Director del establecimiento que cumpla con los requisitos que hemos señalado, podrá solicitar al Ministerio de Salud a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, su incorporación al proceso que le permita acceder a dicha calidad, con conocimiento del Director de Servicio.

Esto último no implica autorización o visado alguno, sólo es una mera notificación del hecho de iniciar la postulación, a fin de que el gestor de la red conozca el posible cambio de situación del establecimiento de su dependencia y emita un informe respecto al efectivo cumplimiento de los requisitos.

La solicitud deberá hacerse por escrito, acompañando todos los antecedentes que permitan verificar el cumplimiento de los requisitos, los que deberán referirse al período del año calendario anterior y al primer semestre del año de la postulación.

Sólo podrá postularse entre los meses de julio y agosto de cada año y la resolución que le otorgue la calidad de Establecimiento Autogestionado entrará en vigencia a contar del 1º de enero del año siguiente.

Recibida la solicitud, se iniciará un procedimiento, cuya primera actuación corresponderá a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la que deberá revisar en el plazo de diez días hábiles si se acompañan todos los antecedentes. En el evento de detectarse omisiones en la información acompañada o defectos formales, se dará un plazo diez días hábiles, prorrogables hasta por otros diez días hábiles, al Director del Establecimiento para subsanar las omisiones o corregir los defectos observados. Cuando la Subsecretaría de Redes Asistenciales estime que se han acompañado todos los antecedentes requeridos dictará una resolución que así lo señale, la que deberá ser comunicada al Director del Establecimiento que haya presentado la solicitud.

Si vencido el plazo, original o prorrogado, el Director del Establecimiento no ha subsanado o corregido las observaciones, se entenderá que se desiste de la solicitud, y no podrá presentarla sino hasta el período de postulaciones del año siguiente.

Acompañados todos los antecedentes, la Subsecretaría de Redes Asistenciales deberá solicitar un informe al Director del Servicio. Dicho informe deberá emitirse en el plazo de quince días hábiles y referirse especialmente a la efectividad en el cumplimiento de los requisitos.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales, en el plazo de veinte días hábiles desde la dictación de la resolución señalada precedentemente, elaborará un informe fundado que contenga la evaluación del cumplimiento de los requisitos; en caso de ser favorable, lo remitirá al Ministerio de Hacienda con todos los antecedentes para su análisis y decisión fundada al respecto. La resolución que otorgue la calidad de Establecimiento Autogestionado deberá ser fundada y dictada por los Ministerios de Salud y de Hacienda conjuntamente, y deberá publicarse en el Diario Oficial.

4. Obligaciones básicas del establecimiento en relación a la Red Asistencial

Los Establecimientos de Autogestión en Red, dentro de su nivel de complejidad, deben ejecutar las acciones de salud que corresponden a los Servicios de Salud, dado que son establecimientos que forman parte integrante de los Servicios.

Uno de los problemas advertidos con la generación de mayores grados de autonomía en la gestión de los hospitales, fue que éstos tienden a no producir las acciones de salud que la población de referencia requiere, sino que se privilegian prestaciones que solo incrementan los ingresos del hospital, sin consideración de los requerimientos asistenciales de la Red.

Por este motivo, la ley introdujo cuatro obligaciones básicas y principales del establecimiento de autogestión en red, a fin de resguardar principalmente la disponibilidad y el acceso a las prestaciones que requieren los beneficiarios de la red asistencial respectiva.

De esta manera, el artículo 32 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, dispone que el Establecimiento, como parte integrante de la Red Asistencial, deberá, a lo menos:

a) Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades que determine el Director del Servicio de Salud respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red Asistencial.

Así pues, el Director del Servicio de Salud determina “*qué*” hace el establecimiento autogestionado, dejándose el “*cómo*” a las decisiones de gestión del propio centro.

b) Atender beneficiarios de Fonasa y de la Ley N° 16.744¹⁵, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio de Salud, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de la ley y los convenios correspondientes.

Esta norma se introdujo para evitar la selección de los pacientes por parte del establecimiento, negándoles el acceso a aquellos que generen mayores costos ya sea por tiempo de hospitalización o procedimientos a realizar y aceptando sólo aquellos que produzcan beneficios al establecimiento. De acuerdo a esta obligación, el establecimiento debe atender a todos aquellos pacientes que se le hayan referido cumpliendo las normas pertinentes.

c) Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red Asistencial correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Esta norma tiene por objeto mantener la unidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud en relación a los sistemas de información.

d) Entregar información estadística y de atención de pacientes que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio de Salud, la Superintendencia de Salud, los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.

Esta norma tiene por objeto impedir que los flujos de información necesarios para la toma de decisiones sanitarias y de gestión se obstaculicen por parte de alguno de estos establecimientos.

El Decreto Supremo N° 38, de 2005, de Salud, añade las siguientes obligaciones:

- i) Contar con un sistema de registro y gestión de listas de espera y cumplir con las metas de reducción acordadas con el Servicio respectivo.
- ii) Dar cumplimiento a los convenios celebrados con el Fondo Nacional de Salud, el respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud y con el Servicio correspondiente.
- iii) Efectuar auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales. Estas auditorías deberán evaluar el cumplimiento de los requisitos señalados en el punto anterior.

5. Director del Establecimiento de Autogestión en Red

5.1. Nombramiento y remoción

Los Establecimientos Autogestionados estarán a cargo de un Director designado por el Director del Servicio de acuerdo al Sistema de Alta Dirección Pública de la Ley N° 19.882, debiendo ser servido por un profesional universitario con competencia en el ámbito de la gestión en salud. Deberá desempeñarse en jornada completa, con dedicación exclusiva y tendrá derecho a la asignación de alta dirección pública de acuerdo a la normativa vigente. En cuanto a su remoción, el Director del Establecimiento puede ser removido por el Director del Servicio de Salud, ya que es un cargo de exclusiva confianza.

• ¹⁵ Ley N° 16.744 aprueba el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

En los casos de remoción se requerirá la consulta previa al Ministro de Salud, salvo en el caso incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del Director del Establecimiento de acuerdo a las situaciones previstas en el inciso cuarto del artículo 39 del DFL N° 1, de 2005, de Salud¹⁶. Uno de los puntos de relevancia en el diseño de esta nueva institucionalidad, tenía relación con la facultad de remoción que mantiene el director del Servicio de Salud, ya que no obstante existir autonomía en la gestión, el hecho de existir esta potestad aminora el efecto de la desconcentración.

Para evitar esta situación se establecieron los siguientes límites:

1.- El Director del establecimiento es designado por el Director del Servicio de acuerdo al Sistema de Alta Dirección Pública de la Ley N° 19.882. Dicho sistema establece que, no obstante mantener la calidad de exclusiva confianza, el cargo tiene una duración de tres años, renovables hasta por dos veces, esto es, un total de 9 años.

2.- En segundo lugar, se requiere la consulta previa al Ministro de Salud, lo que tiene como objeto que el Director de Servicio acredite las razones que tiene para fundamentar la decisión de remoción.

5.2. Atribuciones

Las facultades del director se encuentran reguladas en el artículo 36 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, y en el artículo 23 del Decreto Supremo N° 38, de 2005, del mismo Ministerio, y en general reflejan la amplia autonomía que tiene tanto en el aspecto financiero (tiene presupuesto propio), jurídico (el Director firma directamente toda clase de contratos) y de administración de los recursos humanos (el Director ejerce las facultades de un jefe superior de servicio, con algunas limitaciones), entre otras muchas manifestaciones de esta autonomía.

Es así como el inciso final del señalado artículo 36 dispone que “Para todos los efectos legales, la representación judicial y extrajudicial del Servicio de Salud respectivo se entenderá delegada en el Director del Establecimiento, cuando ejerza las atribuciones señaladas en este artículo”.

En especial, el director del establecimiento de autogestión en red cuenta con las siguientes atribuciones:

5.2.1. Facultades relativas al desarrollo organizacional

- a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento.
- b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento.
- c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes.

• ¹⁶ El inciso señalado establece: “La no presentación del Plan (de Ajuste y Contingencia), su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del Director del Establecimiento el cual, en estos casos, cesará en sus funciones de Director por el solo ministerio de la ley.”.

5.2.2. Facultades relativas al presupuesto de la organización¹⁷

a) Elaborar y presentar al Director del Servicio de Salud correspondiente, el que lo remitirá al Subsecretario de Redes Asistenciales con un informe, el proyecto de presupuesto del Establecimiento, el plan anual de actividades asociado a dicho presupuesto y el plan de inversiones, conforme a las necesidades de ampliación y reparación de la infraestructura, de reposición del equipamiento de éste y a las políticas del Ministerio de Salud. Sin perjuicio de las instrucciones generales que imparta la Dirección de Presupuestos para estos efectos, el Director deberá priorizar las actividades y el plan de inversiones, detallando el costo de cada una de ellas y justificando la priorización propuesta. El presupuesto indicará detalladamente el estado del cobro de las prestaciones otorgadas y devengadas.

El Subsecretario de Redes Asistenciales, mediante resolución, aprobará los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y el del Servicio, a más tardar el 15 de diciembre de cada año, o el siguiente día hábil, si el 15 fuera feriado, sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos. Dicha resolución deberá, además, ser visada por la Dirección de Presupuestos. Si vencido el plazo el Subsecretario no hubiera dictado la resolución, el presupuesto presentado por el Director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la ley.

En cada uno de los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y de los Servicios de Salud, se fijará la dotación máxima de personal; los recursos para pagar horas extraordinarias en el año; los gastos de capacitación y perfeccionamiento; el gasto anual de viáticos; la dotación de vehículos y la cantidad de recursos como límite de disponibilidad máxima por aplicación de la Ley Nº 19.664 y demás autorizaciones máximas consideradas en el respectivo presupuesto, todo ello conforme a las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos para la elaboración del proyecto de Ley de Presupuestos. Si el presupuesto aprobado por el Subsecretario de Redes Asistenciales es menor que el solicitado por el Director del Establecimiento, el Subsecretario deberá indicar los componentes del plan anual de actividades y del plan de inversiones que deberán reducirse para ajustarse al presupuesto aprobado. Las inversiones que se financien con recursos propios y que superen las diez mil unidades tributarias mensuales, deberán contar con la autorización del Director del Servicio de Salud respectivo.

b) Ejecutar el presupuesto y el plan anual del Establecimiento, de acuerdo con las normas relativas a la administración financiera del Estado.

El Director podrá modificar el presupuesto y los montos determinados en sus glosas¹⁸. Dichas modificaciones podrán ser rechazadas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, de

• ¹⁷ Uno de los principales aspectos que reflejan la “autogestión” del establecimiento tiene relación con la asignación de un presupuesto “propio”, distinto del global del Servicio de Salud, como acontece con los establecimientos de salud que no tienen esta categoría. En la discusión legislativa se planteó la posibilidad que estos establecimientos tuviesen un presupuesto propio, distinto del Servicio, para la Ley de presupuestos. Dicha alternativa se descartó, dado que como lo hemos señalado son organismos que forman parte del Servicio de Salud y no cuentan con personalidad jurídica propia. Por ello, se utilizó la fórmula que estamos analizando, en cuanto no obstante aprobarse un presupuesto global para el Servicio de Salud en la Ley de presupuestos de cada año, a más tardar el 15 de diciembre de cada año el Subsecretario de Redes Asistenciales debe hacer la división del presupuesto del Servicio respectivo, asignando a cada uno de los establecimientos de autogestión su propio presupuesto, corrigiendo en consecuencia el presupuesto definitivo del Servicio de Salud.

• ¹⁸ Esta norma es de vital importancia para la gestión del establecimiento, ya que autoriza a modificar el presupuesto y sus glosas, por lo que queda entregado al director del establecimiento la posibilidad de

acuerdo con las instrucciones impartidas por la Dirección de Presupuestos. Si el Subsecretario no se pronuncia en el plazo de quince días, contados desde la recepción de la solicitud, ésta se entenderá aceptada. Copia de todos los actos relativos a las modificaciones presupuestarias deberán ser remitidas al Servicio de Salud correspondiente y a la Dirección de Presupuestos.

5.2.3. Facultades relativas a gestión de recursos humanos¹⁹

a) Ejercer las funciones de administración del personal destinado al Establecimiento, en tanto correspondan al ámbito del mismo, en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones, incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones que son concedidas por el Director del Servicio, feriados, permisos, licencias médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa y demás que establezca el reglamento.

b) Respecto del personal a contrata y al contratado sobre la base de honorarios, el Director del Establecimiento ejercerá las funciones propias de un jefe superior de servicio.

5.2.4. Facultades relativas a suscripción de contratos²⁰

a) Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aun cuando sean propias o habituales del Establecimiento.

El gasto por los contratos señalados en esta letra no podrá exceder el 20% del total del presupuesto asignado al Establecimiento respectivo.

b) Celebrar contratos regidos por la Ley N° 18.803²¹.

c) Ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporales que hayan sido asignadas o afectadas al Establecimiento y las adquiridas por éste, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales. Los contratos de transacción deberán ser aprobados por resolución del Ministerio de Hacienda, cuando se trate de sumas superiores a cinco mil unidades de fomento.

gestionar sus recursos, generar ahorros en los subtítulos que determine y transferir recursos a las prioridades que establezca

- ¹⁹ Otro aspecto importante de la autogestión se refiere a la gestión de los recursos humanos, ya que en general el director actúa con todas las atribuciones de un jefe superior de servicio público. La limitación se refiere al caso del personal de planta, en cuanto no tiene facultades de contratación de este tipo de funcionarios.
- ²⁰ Como lo hemos señalado, no obstante no contar con personalidad jurídica propia, el director del establecimiento autogestionado lo representa directamente, tanto judicial como extrajudicialmente, contando con las más amplias facultades para la celebración de todo tipo de contratos, sin requerir especial delegación de atribuciones por parte del director del Servicio de Salud.
- ²¹ La Ley N° 18.803 regula los contratos que se celebren para encomendar la ejecución de acciones de apoyo, entendiéndose por tales las que no constituyan directamente las potestades públicas encomendadas por la ley a cada uno de los servicios y que sean complementarias a dichas potestades, tales como recepción, recopilación, preparación, revisión y evaluación de antecedentes; procesamientos computacionales; cobranzas y percepción de pagos; conservación y reparación de bienes inmuebles y muebles; aseo y otros servicios auxiliares.

Con todo, no podrán enajenarse los inmuebles sin que medie autorización previa otorgada por resolución del Ministerio de Salud, y con sujeción a las normas de los decretos leyes N° 1.056, de 1975, o N° 1.939, de 1977. Cuando la enajenación de bienes muebles alcance las siete mil unidades tributarias mensuales en un año, todas las que le sucedan requerirán la autorización previa del Director del Servicio de Salud respectivo²².

Asimismo, podrán enajenarse bienes muebles e inmuebles a título gratuito, sólo a favor del Fisco y de otras entidades públicas.

d) Celebrar convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud²³.

e) Celebrar convenios con el Servicio de Salud respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, y con entidades administradoras de salud primaria pertenecientes a su territorio, en los que se podrán proveer todos los recursos necesarios para la ejecución del convenio, mediante la destinación de funcionarios a prestar colaboración en éste, el traspaso de fondos presupuestarios u otras modalidades adecuadas a su naturaleza. En particular, podrá estipularse el aporte de medicamentos, insumos y otros bienes fungibles de propiedad del Establecimiento.

Los bienes inmuebles, equipos e instrumentos podrán cederse en comodato o a otro título no traslativo de dominio, y serán restituidos a su terminación.

Los convenios con entidades que no sean parte de su Red Asistencial deberán contar con la aprobación del Director del Servicio.

f) Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objetivo de que el Establecimiento otorgue prestaciones y acciones de salud, pactando los precios y modalidades de pago o prepago que se acuerden, conforme a las normas que impartan para estos efectos los Ministerios de Salud y de Hacienda²⁴.

Las personas o instituciones que celebren dichos convenios estarán obligadas al pago íntegro de la prestación otorgada. El incumplimiento de las obligaciones por parte del beneficiario de la prestación o acción de salud no afectará a la obligación contraída con el Establecimiento por parte de las personas o instituciones celebrantes del convenio.

Los convenios con las instituciones de salud previsional, en relación al uso de camas hospitalarias, sólo podrán referirse a la utilización de pensionados, unidades de cuidado intensivo y atención en servicios de urgencia. Dicha limitación no procede en el caso que exista ausencia o

• ²² Esta norma se incorporó para evitar una eventual dilapidación rápida de los bienes públicos afectados al uso del establecimiento.

• ²³ El DFL N° 36, de 1980, de Salud, regula los convenios que celebren con universidades, organismos, sindicatos, asociaciones patronales o de trabajadores y, en general, con toda clase de personas naturales o jurídicas, a fin de que éstas tomen a su cargo, algunas de las acciones de salud que les corresponde ejecutar a estos establecimientos.

• ²⁴ Este literal autoriza la venta de servicios asistenciales a cualquier entidad pública o privada por parte del establecimiento, siempre que no genere menoscabo en la atención de beneficiarios del sistema público. La importancia de esta norma tiene relación con la posibilidad de generar ingresos propios para el establecimiento.

insuficiencia de la especialidad que motive la atención, o ausencia o escasez de servicios profesionales en la especialidad de que se trate.

Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios.

g) Celebrar convenios con profesionales de la salud que sean funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y que cumplan jornadas de a lo menos 22 horas semanales cuando tengan por objeto atender a sus pacientes particulares en el Establecimiento. En estos casos, dicha atención deberá realizarse fuera del horario de su jornada de trabajo.

Por resolución fundada se podrá autorizar convenios con profesionales que cumplan jornada de 11 horas semanales o con profesionales que no sean funcionarios del Sistema, previa aprobación del Director del Servicio de Salud²⁵.

Estos convenios no podrán discriminar arbitrariamente, deberán ajustarse al reglamento y a las instrucciones que impartan conjuntamente los Ministerios de Salud y de Hacienda y, en virtud de ellos, se podrán destinar a hospitalización los pensionados. El paciente particular deberá garantizar debidamente el pago de todas las obligaciones que para éste se generan con el Establecimiento por la ejecución del convenio, conforme a las instrucciones de los Ministerios de Salud y de Hacienda.

En todo caso, se dará prioridad al pago de los gastos en que haya incurrido el Establecimiento, y éste no será responsable de los daños que se produzcan como consecuencia de dichas prestaciones o acciones de salud, con excepción de los perjuicios causados directamente por negligencia del Establecimiento.

Los convenios a que se refiere esta letra no podrán, en ningún caso, significar postergación o menoscabo de las atenciones que el Establecimiento debe prestar a los beneficiarios legales. En consecuencia, con la sola excepción de los casos de emergencia o urgencia debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán por sobre los no beneficiarios.

La auditoría señalada deberá determinar el cumplimiento de lo preceptuado.

h) Celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud y con el Servicio de Salud correspondiente por las prestaciones que otorgue el Establecimiento a los beneficiarios del sistema público de salud en la Modalidad de Atención Institucional²⁶.

• ²⁵ Por primera vez se ha introducido una disposición legal que regula los convenios que históricamente han celebrado los hospitales públicos con sus profesionales, para la atención de pacientes particulares utilizando las dependencias hospitalarias.

• ²⁶ La innovación de este literal, es que le otorga la facultad al director del establecimiento para convenir directamente con el Fonasa, la transferencia de recursos financieros relativa al pago de las prestaciones que realiza a los beneficiarios del sistema. Esta facultad ha sido históricamente requerida por los gestores hospitalarios, ya que una práctica habitual de los Servicios de Salud, al ser éstos los receptores de los fondos del Fonasa, es el traspaso parcial de los recursos a los hospitales para financiar los déficit que tengan otros establecimientos del Servicio. Sin perjuicio de la posibilidad de traspaso directo de recursos, dada la lógica de red asistencial, le corresponde al director del Servicio de Salud aprobar el convenio, pudiendo rechazarlo sólo en el caso que las prestaciones que se comprenden por parte del Fonasa no tengan relación con los requerimientos sanitarios de la Red.

Con el exclusivo objetivo de verificar que los convenios cumplan con las necesidades de la Red Asistencial, el respectivo Director del Servicio de Salud, o el Subsecretario de Redes Asistenciales en el caso de los establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad, deberá aprobarlos previamente, dentro de los quince días siguientes a su recepción. Después de ese plazo, si no se han hecho objeciones fundadas, los convenios se entenderán aprobados. Las controversias que se originen por el párrafo precedente serán resueltas por el Ministro de Salud.

i) Otorgar prestaciones a los beneficiarios de Fonasa, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con los Servicios de Salud, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.

5.2.5. Otras facultades

a) Ejecutar acciones de salud pública, de acuerdo a las normas legales y reglamentarias vigentes, para lo cual podrá celebrar convenios con el Secretario Regional Ministerial y el Subsecretario de Salud Pública, a fin de establecer las condiciones y modalidades que correspondan.

b) Establecer en forma autónoma un arancel para la atención de personas no beneficiarias de Fonasa, el cual en ningún caso podrá ser inferior al arancel aplicable a dichos beneficiarios.

c) Realizar operaciones de leasing e invertir excedentes estacionales de caja en el mercado de capitales, previa autorización expresa del Ministerio de Hacienda.

d) Declarar la exclusión, declaración de estar fuera de uso y dar de baja los bienes muebles del Establecimiento, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación.

e) Delegar, bajo su responsabilidad, y de conformidad con lo establecido en la Ley N° 18.575, atribuciones y facultades en los funcionarios de su dependencia.

f) Conferir mandatos en asuntos determinados.

g) Desempeñar las demás funciones y atribuciones que le asignen las leyes y reglamentos.

h) Condonar, total o parcialmente, en casos excepcionales y por motivos fundados, en caso que el Director del Fondo Nacional de Salud le encomiende dicha labor, la diferencia de cargo del afiliado de Fonasa por las prestaciones que este reciba.

6. Evaluación e incentivos

Uno de los aspectos importantes en el diseño de esta nueva institucionalidad, tiene relación con la necesidad de que estas instituciones de excelencia en la gestión estuviesen permanentemente evaluadas, y que sus resultados de gestión estuvieran alineados con los incentivos remuneracionales que tienen los funcionarios del establecimiento.

Es así como se estableció que el establecimiento estará sujeto a una evaluación anual del Subsecretario de Redes Asistenciales, la que se realizará antes del 15 de marzo del año siguiente al que se evalúa, para verificar el cumplimiento de una serie de estándares que determinan conjuntamente los Ministerios de Salud y de Hacienda, los que incluirán a lo menos las siguientes materias:

a) Cumplir las obligaciones que se le han establecido como organismo que forma parte de la red asistencial, para lo que se requerirá un informe al Director del Servicio de Salud correspondiente (o del Subsecretario de Redes Asistenciales, en su caso).

b) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado.

c) Haber implementado satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión y desarrollo de competencias en áreas tales como planificación y control de gestión; administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiero-contable y auditoría interna; sistemas de cuenta pública a la comunidad, entre otras.

d) Mantener el equilibrio presupuestario y financiero, definido como la igualdad que debe existir entre los ingresos y gastos devengados y que el pago de las obligaciones devengadas y no pagadas se efectúe en un plazo no superior a sesenta días.

e) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios.

f) Lograr una articulación adecuada dentro de la Red Asistencial, para lo que se requerirá un informe del Director del Servicio de Salud correspondiente, salvo en los casos de Establecimientos que formen parte de la Red Asistencial de Alta Especialidad, y

g) Cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera que se hubieren convenido con el Director del Servicio de Salud o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda.

En cuanto a las auditorías, el Establecimiento deberá efectuar auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año, las que podrán ser realizadas por auditores externos conforme las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Sin perjuicio de lo anterior y de las respectivas normas de contabilidad gubernamental, el Establecimiento deberá elaborar estados financieros trimestrales, que incluirán, a lo menos, los siguientes informes:

- Informe mensual analítico y agregado de las variaciones de la ejecución presupuestaria.
- Informe mensual de ejecución de gastos en personal.
- Informe mensual de ejecución del programa de prestaciones valoradas.
- Informe mensual de indicadores de gestión financiera.
- Informe mensual de deuda por antigüedad, en bienes y servicios de consumo, operaciones años anteriores y deuda total.
- Análisis cualitativo situación financiera- presupuestaria (ingresos, gastos, deuda, indicadores y acciones correctivas), mensual y acumulado semestral y anual.
- Información periódica de convenios establecidos con terceros.
- Informe mensual presupuestario de la ejecución financiera y actividad relacionada con los convenios con terceros.
- Informe trimestral de la programación financiera de ingresos y gastos.
- Informe trimestral de generación y destinos de los ingresos propios.
- Informe anual de inversiones relacionadas en el establecimiento.
- Informe anual del programa de mantención de equipos médicos e industriales.

En caso de detectarse por el Subsecretario de Redes Asistenciales, el Director del Servicio de Salud respectivo o el Superintendente de Salud el incumplimiento de alguno de los estándares señalados precedentemente, el Subsecretario representará al Director del Establecimiento la situación y le otorgará un plazo de 15 días hábiles, el que podrá ser prorrogado por una sola vez, para que presente un Plan de Ajuste y Contingencia.

La Subsecretaría, conjuntamente con la Dirección de Presupuestos, dispondrá de un plazo máximo de 15 días hábiles para pronunciarse acerca del Plan de Ajuste y Contingencia, ya sea aprobándolo o rechazándolo.

Si la Subsecretaría aprueba el Plan presentado, éste deberá ejecutarse en el plazo que acuerde, el que no podrá exceder de ciento veinte días. Al cabo de este plazo, deberá evaluarse si se subsanaron los incumplimientos que se pretendieron regularizar con su implementación.

La no presentación del Plan, su rechazo o la evaluación insatisfactoria del mismo, se considerarán incumplimiento grave del convenio de desempeño por parte del Director del Establecimiento el cual, en estos casos, cesará en sus funciones de Director por el solo ministerio de la ley.

Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo Establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados. Como ya lo vimos, la ley creó una asignación de función directiva, la que en el caso de los establecimientos de autogestión en red está asociada íntegramente al cumplimiento de los estándares que se evalúan anualmente.

7. Participación Ciudadana

Uno de los principios que se incorporó en la modernización del sector fue introducir diversos mecanismos de control social y rendición de cuentas. En el caso de los establecimientos de autogestión, se ha creado un Consejo Consultivo de los Usuarios, que tiene la función de asesorar al Director del Establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales. En el primer trimestre de cada año, el Director presentará al Consejo Consultivo el plan de actividades a desarrollar por el Establecimiento durante el año, así como la cuenta pública anual del mismo

Está compuesto por 5 representantes de la comunidad vecinal y 2 representantes de los trabajadores del Establecimiento.

Se entenderá por comunidad vecinal todas aquellas personas u organizaciones de carácter territorial o funcional con asentamiento en el territorio del área de competencia del Establecimiento. Los representantes de la comunidad vecinal podrán ser escogidos entre los representantes de organizaciones territoriales o funcionales de la comunidad usuaria del Establecimiento o de los establecimientos que forman parte de la Red Asistencial, tales como Uniones Comunales de Juntas de Vecinos, Consejos de Desarrollo de los Consultorios, u otra instancia de participación de usuarios, Comités de Promoción de la Salud, Organizaciones de Salud Comunales, entre otros. En el caso específico de los Establecimientos de la Red Asistencial de Alta Especialidad, los representantes de la comunidad vecinal podrán ser integrantes de los consejos consultivos de los Establecimientos de la Red de referencia habitual, preferentemente aquellos con asentamiento en la región o regiones más cercanas al Establecimiento, o bien, integrantes de organizaciones de usuarios, grupos de autoayuda, entre otros.

La elección de los representantes de usuarios deberá ser realizada en base a propuestas provenientes de los propios usuarios, los que serán convocados por la Dirección del Establecimiento para dicho fin mediante un sistema comunicado en forma previa y pública a la comunidad del Establecimiento.

Los representantes de los trabajadores del Establecimiento deberán ser escogidos en base a propuestas de los propios funcionarios mediante un sistema comunicado en forma previa y pública o votación universal.

8. Normas especiales de personal

La ley ha creado una especie de “afectación” de los funcionarios que laboran en el establecimiento, a fin de impedir que el director de Servicio pueda disponer de éstos para cumplir labores en otras dependencias. Es así como se establece que los funcionarios de planta o a contrata que se desempeñen en el Establecimiento a la fecha de otorgamiento de la calidad de “*Establecimiento de Autogestión en Red*” permanecerán destinados a éste. Sin perjuicio de lo anterior, por resolución fundada del Director del Servicio de Salud, a petición expresa del Director del Establecimiento, podrá ponerse término a la destinación en el Establecimiento de determinados funcionarios, quienes quedarán a disposición del Servicio de Salud correspondiente, todo ello cuando lo requieran las necesidades del Servicio y fuere conveniente para el buen funcionamiento del Establecimiento.

Los contratos a honorarios vigentes a la fecha indicada continuarán surtiendo sus efectos conforme a las disposiciones contenidas en ellos. Así pues, el día del otorgamiento de la calidad de autogestionado queda fijada una especie de “*planta*” de esta institución, la que puede ser modificada de común acuerdo entre el director de Servicio y del establecimiento.

9. Recursos y bienes del Establecimiento

Como ya lo señalamos, dada la especial naturaleza jurídica de este tipo de establecimientos, la ley ha creado una especial afectación de los bienes que utiliza la institución, sin crear un patrimonio distinto al del Servicio.

Respecto de estos bienes, el director del establecimiento tiene plenas potestades de administración, como lo vimos en el acápite relativo a las facultades del director del establecimiento autogestionado.

Es así como el artículo 43 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, dispone que “*El Establecimiento tendrá el uso, goce y disposición exclusivo de los bienes raíces y muebles de propiedad del Servicio de Salud correspondiente, que se encuentren destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios, administrativos u otros objetivos del Establecimiento, a la fecha de la resolución que reconozca su condición de “Establecimiento de Autogestión en Red”, y de los demás bienes que adquiera posteriormente a cualquier título.*”

Los bienes destinados al funcionamiento de los servicios sanitarios y administrativos, gozan de inembargabilidad, dada su destinación al funcionamiento de un servicio público de primera necesidad.

Este patrimonio de afectación cuenta además con los siguientes recursos, que forman parte del presupuesto del Servicio:

a) Con aquellos pagos que le efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios del sistema público.

b) Con aquellos pagos que le efectúe el Servicio de Salud respectivo por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios del sistema público.

c) Con aquellos pagos que le efectúe el Subsecretario de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial por la ejecución de acciones de salud pública.

d) Con los ingresos que obtenga, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que preste, fijados en aranceles, convenios u otras fuentes.

e) Con los frutos que produzcan los bienes destinados a su funcionamiento y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes.

f) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario. Dichas donaciones y asignaciones hereditarias estarán exentas de toda clase de impuestos y de todo gravamen o pago que les afecten. Las donaciones no requerirán del trámite de insinuación.

g) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones y otros recursos que le corresponda percibir.

h) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios, e

i) Con los aportes, transferencias, subvenciones que reciba de la Ley de Presupuestos del Sector Público, de personas naturales y jurídicas de derecho público o privado, nacionales o extranjeras y con los empréstitos y créditos internos y externos que contrate en conformidad a la ley.

10. Contiendas de competencia

A fin de establecer un mecanismo claro de resolución de las eventuales controversias que pueda originar una institucionalidad nueva como la que tratamos, la ley estableció que las contiendas de competencia que surjan entre los Directores de los Servicios de Salud y los Directores de los “*Establecimientos de Autogestión en Red*”, serán resueltas por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

En general, podemos definir las contiendas de competencia como aquella “*disputa que se promueve entre dos autoridades o tribunales en razón de que ambas consideran que tienen o carecen de atribuciones suficientes para resolver un determinado asunto*”²⁷.

De esta manera, cada vez que estas autoridades discutan la potestad de decisión sobre una determinada materia, o bien se excusen de intervenir por carecer de atribución, será el Subsecretario de Redes Asistenciales quién deberá resolver esta contienda.

11. Red Asistencial de Alta Especialidad

La idea que se tuvo al establecer esta Red Asistencial de Alta Especialidad fue el de reconocer el carácter nacional que tienen algunos establecimientos, en cuanto son centros de referencia para todo o gran parte del país, respecto a la especialidad que desarrolla.

Por esta razón y dada la creación de la nueva Subsecretaría de Redes Asistenciales, el legislador consideró más adecuado con dicha realidad el que estas instituciones fueran coordinadas por ésta. De

• ²⁷ Mario Verdugo y Emilio Pfeffer, Derecho Constitucional, Tomo II, pág. 239, 2ª ed., Editorial Jurídica de Chile, 1999.

esta manera, la ley ha establecido que los Establecimientos de Autogestión en Red que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, de alta complejidad técnica y de cobertura nacional, formarán parte de una Red Asistencial de Alta Especialidad de carácter nacional coordinada por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

El Ministerio de Salud deberá determinar aquellos Establecimientos Autogestionados que integrarán la Red Asistencial de Alta Especialidad.

En estos establecimientos, el tipo de actividades asistenciales, grado de complejidad técnica y especialidades las determinará el Subsecretario señalado, como así también las normas de referencia de los pacientes. Así pues, la relación que tendrán estos establecimientos con el Servicio de Salud será muy escasa, ya que los requerimientos de la red serán determinados por el Subsecretario, conforme las necesidades de todo el país.

Para ser considerado parte de esta Red Asistencial de Alta Especialidad, los establecimientos deberán cumplir con los siguientes requisitos, además de los señalados para obtener la calificación de autogestionado:

- a) Tener la calidad de centro formador de especialistas en el área.
- b) Tener cobertura nacional o multiregional, entendiéndose por esto la atención de situaciones de alta complejidad de cualquier lugar del país.
- c) Atención preferente de una determinada especialidad.
- d) Tener alta complejidad técnica.
- e) Contar con una política de investigación en su especialidad.
- f) Resolver una parte significativa de la demanda nacional de la especialidad.

12. Las evaluaciones y seguimientos de los Hospitales Autogestionados

El primer informe de evaluación lo realizó el Ministerio de Salud a través de su departamento de Auditoría en el último trimestre del año 2004, para todos los futuros hospitales autogestionados, con el objeto de conocer el grado de desarrollo organizacional de estos y en particular conocer las brechas existentes, para luego introducir las correcciones necesarias para que todos puedan en el corto y mediano plazo obtener la certificación de autogestionado²⁸.

El instrumento se diseñó en base a la reglamentación existente y las áreas incorporadas en la evaluación fueron: Planificación Estratégica, Organización Interna, Gestión de RRHH, Gestión Financiera, Gestión en Red, Cumplimiento de metas de desempeño, Consejos Consultivos de Usuarios, Sistemas de Información, Auditoría Interna, Gestión de Satisfacción de Usuarios y Cuenta Pública de Resultados. Fue así como se establecieron cuatro rangos de cumplimiento:

- Malo: 0 a 25% de cumplimiento
- Regular: de 26 a 50% de cumplimiento
- Bueno: de 51 a 75% de cumplimiento
- Muy Bueno: de 76 a 100% de cumplimiento

• ²⁸ Informe Consolidado nº 183. Evaluación EAR 2009. Ministerio de Salud, Departamento de Auditoría.

El promedio global de cumplimiento fue de 57% y la mediana fue de 56%. Solo 5 de los 56 hospitales evaluados obtuvieron una evaluación muy buena, 33 obtuvieron calificación buena y 18 fueron calificados de regulares. Las áreas con mejores grados de cumplimiento fueron:

- Gestión de Satisfacción de usuarios 79%
- Cuenta Pública 73%
- Gestión en Red 73%
- Sistemas de Información 69%

Las áreas de menor promedio de cumplimiento fueron:

- Auditoría Interna 22%
- Planificación Estratégica 27%
- Consejos de Participación 46%
- Organización Interna 50%

Respecto de la evaluación en gestión de recursos humanos, si bien la ponderación global de todos los aspectos auditados fue de 62%, tan solo el 22% cumplía con la realización de todos los procesos relacionados con la gestión del personal. En relación a la gestión financiera el cumplimiento global de todos los parámetros analizados fue de un 66%, sin embargo, solo el 28% de los hospitales daba cumplimiento al componente de equilibrio presupuestario y plazos de deudas inferiores a 60 días.

En síntesis, si bien este fue el primer instrumento de evaluación utilizado y que sirvió de base para que cada hospital en particular pudiera conocer y corregir sus brechas de desarrollo organizacional, resulto alarmante que tan solo 5 de 56 establecimientos fueran evaluados en el rango de muy bueno y nos daría una pista de los difícil y tortuoso que sería en el futuro dar cumplimiento a los criterios de evaluación de la autogestión.

Un segundo informe a tomar en cuenta es el Nº 183 del Departamento de Auditoría del Ministerio de Salud. Evaluación de Establecimientos Autogestionados en Red, diciembre 2009. Sin embargo, hay que considerar que en lapso de cinco años que han transcurrido desde la línea base del 2004 algunos hechos han pasado. En primer lugar los hospitales públicos chilenos de mayor complejidad, que podrían ser objeto de la certificación de autogestionados subieron de 56 a 60. De estos y habiendo transcurrido cinco años de implementación de la ley de autoridad sanitaria solo 11 (18%), han obtenido la calidad de autogestionados por el cumplimiento de los criterios de evaluación de los instrumentos que se han definido para el efecto. Instrumentos que con el correr de los años han sido modificados y por ende imposibles de ser comparados, demostrando en la práctica la confusión que existió en las autoridades ministeriales al momento de definir un modelo hospitalario público de autogestión, objeto de seguimiento y evaluación.

Este segundo informe entonces se hizo para evaluar los 49 establecimientos hospitalarios restantes, entre enero del año 2008 y junio del año 2009 y se organizó sobre la base de los siguientes 12 acápite: Aspectos formales, Planificación, Organización Interna, Gestión y desarrollo de los RRHH, Gestión Financiera, Gestión de la Red Asistencial, Metas de desempeño, Consejos asesores, Sistemas de Información, Gestión de la información de los usuarios, Cuenta pública de resultados y Auditoría Interna.

En relación a los aspectos formales, en diciembre del 2009 ninguno de los 60 establecimientos hospitalarios había obtenido la acreditación institucional de calidad dependiente de la Superintendencia de Salud, requisito legal para obtener la condición de autogestionado. En relación a los demás aspectos los resultados brutos globales fueron:

- Planificación 63,5%
- Organización interna 51,5%
- Recursos Humanos 62,2%
- Finanzas 52,7%
- Gestión de Red Asistencial 79,2%
- Metas de desempeño 78,8%
- Consejos asesores 75,7%
- Sistemas de Información 66,8%
- Gestión de información usuarios 72,3%
- Cuenta Pública 93,2%
- Auditoría Interna 77,6%

Por un lado los que presentaron más bajos promedios de cumplimiento fueron los de Organización Interna y el de Gestión Financiera y por el contrario los que obtuvieron los mayores puntajes fueron los de Cuenta Pública y de Gestión de la Red Asistencial. En resumen el puntaje bruto general de los 49 hospitales fue de 68,63%, mientras que cuando se aplicaron los criterios de mínimos obligatorios fue de un 29,02%. Finalmente ninguno de los 49 dio cumplimiento al porcentaje mínimo exigido por el instrumento de evaluación y por lo tanto no se pudieron incorporar nuevos autogestionados. Al mismo tiempo hay que recordar que ya para esta ocasión se había modificado el plazo legal de entrada en vigencia de la autogestión hospitalaria la que se dio en la práctica a partir del 1º de Enero del año 2010 y no del año 2009 como inicialmente se contemplaba. En otras palabras desde el año 2010 tenemos 60 establecimientos autogestionados pero en su mayoría por el solo imperio de la ley y no por méritos de gestión. Por último la evolución de los puntajes brutos generales medidos por el mismo instrumento fueron:

- 2005: 50,7%
- 2006: 57,2%
- 2007: 66,2%
- 2008: 70%
- 2009: 68,7%

Finalmente dado que desde el año 2010 todos los hospitales son autogestionados, correspondía a partir del año 2011 evaluar si estos establecimientos mantenían su condición y para ello era necesario aplicar una nueva evaluación. Si bien el uso de la línea basal del 2004 y el instrumento utilizado desde el año 2005 a la fecha, sirvieron para pavimentar el camino en la senda de la autogestión, el nuevo gobierno del Presidente Piñera y su equipo ministerial en salud, determinaron que estos eran insatisfactorios, contenían más de 250 indicadores y algunos eran excesivamente rigurosos en la forma, dicotómicos y centrados en la medición de aspectos estructurales. En consideración a lo antes mencionado y atendiendo a los requerimientos de las redes, se inició durante el II semestre de 2010, un trabajo orientado a la definición de un nuevo mecanismo de evaluación que permitiese medir la estrategia de la organización hospitalaria²⁹.

En ese contexto, nace el nuevo instrumento de evaluación para los Establecimientos Autogestionados en Red, que se basa en la metodología de Balanced Scorecard (BSC) o Cuadro de Mando Integral (CMI), la cual destaca por ser una herramienta de carácter estratégico, que recoge un

• ²⁹ Instrumento de evaluación de autogestionados en red, febrero 2011, Ministerio de Salud. Emilio Santelices et al.

conjunto coherente de indicadores que proporcionan a la alta dirección y a las unidades responsables, una visión comprensible de su área de responsabilidad. Señala un camino organizado para llevar a cabo, lo que ya se sabe que hay que hacer. El nuevo instrumento de evaluación, incorpora solo 48 indicadores, los cuales dan cuenta de los procesos estratégicos que un Establecimiento Hospitalario debería controlar, en miras de una gestión exitosa. Dichos indicadores dan cuenta de todos los procesos críticos de un Establecimiento Hospitalario: Sustentabilidad Financiera, Eficiencia Operacional, Gestión Clínica y Excelencia de la Atención. De esta manera, el instrumento representa a la organización y cobra sentido para los actores involucrados, quienes podrán proponer y ejecutar iniciativas, en pos del logro de sus metas.

En base al instrumento señalado, el Ministerio de Salud ha hecho ya una primera evaluación sobre los 60 hospitales autogestionados vigentes por ley; según trascendidos ministeriales tomando en cuenta la información disponible de los años 2010 y 2011. Sin embargo, hasta la fecha de elaboración de este estudio no ha sido posible por parte de los autores obtener esta información y hemos procedido a solicitarla mediante requerimiento del sistema de transparencia activa contemplado en nuestra legislación³⁰.

13. Otras dimensiones del impacto de los Hospitales Autogestionados.

Independiente de los diversos instrumentos de evaluación con los que se ha pretendido hacer seguimiento a los hospitales autogestionados en estos siete años, resulta evidente que también es necesario mirar otras fuentes de información y criterios, como para intentar medir directa o indirectamente los impactos positivos o negativos que estos han tenido en nuestro sistema de salud.

Desde esta perspectiva baste señalar en primer lugar que desde el 2009, año desde el cual está vigente el marco regulatorio para la acreditación de calidad institucional, dependiente de la Superintendencia de Salud, al día de hoy solo 4 (6,6%) de los 60 hospitales están efectivamente acreditados: **Instituto Nacional del Cáncer, Hospital Exequiel González Cortez, Hospital Padre Alberto Hurtado y Hospital San Juan de Dios.**

Cabe recordar que para mantener el estatus de hospital autogestionado es requisito legal estar acreditado, independiente de si se está exigiendo o no la garantía de calidad. En esta misma dirección es que a continuación se ofrecen otras dimensiones del impacto que han tenido los hospitales autogestionados.

13.1. Estudios de satisfacción usuaria en los prestadores públicos

Un estudio de la Superintendencia de Salud realizado en enero del año 2009, específicamente diseñado para evaluar los niveles de satisfacción de los usuarios de prestadores públicos y privados, estableció las mediciones de una línea basal; toda vez que ese año se ponían en vigencia los marcos regulatorios que permitían dar inicio al sistema de acreditación de calidad de los prestadores.

Y como lo muestran los datos del estudio las expectativas hacia los prestadores de salud, tanto en hospitalización como en consultas médicas, son notablemente homogéneas entre los usuarios de FONASA e ISAPRE, demostrando la existencia de un estándar común donde la principal señal de calidad la dan el equipamiento clínico y la adecuación de las instalaciones físicas.

En todo lo relacionado con evaluación general, hospitalización y consultas de urgencias, las clínicas superan ampliamente a los hospitales, pudiendo calificarse las primeras como “excelentes” y los

³⁰ Comprobante de solicitud nº222941 del 23/08/2012 del Ministerio de Salud por Ley de Transparencia.

segundos como “aceptables” en prácticamente todos los atributos, con la sola excepción del equipamiento clínico y en hospitalización, donde los hospitales públicos alcanzan también un buen desempeño. Por otra parte, los consultorios como prestadores de atención ambulatoria se ubican en un nivel crítico de desempeño, muy por debajo de los hospitales.

CUADRO Nº 1

NOTA PROMEDIO EN ESCALA DE A 1 A 7		TOTAL	Usuarios FONASA	Usuarios ISAPRE
EVALUACIÓN GENERAL	Consultorios	5.2	5.2	4.7
	Hospitales públicos	5.3	5.3	5.0
	Clínicas	6.3	6.3	6.2
	Servicio de Urgencia	4.8	4.8	4.6
	Hospitales universitarios	6.1	6.2	6.0
ATENCIÓN HOSPITALIZACIÓN	Hospitales públicos	5.8	5.8	5.1
	Clínicas	6.3	6.6	6.1
	Servicio de Urgencia	5.3	5.2	7.0
	Hospitales universitarios	6.1	6.2	5.8
ATENCIÓN URGENCIA	Consultorios	5.2	5.2	4.7
	Hospitales públicos	5.0	5.0	4.4
	Clínicas	6.2	6.2	6.2
	Posta-Urgencia	4.7	4.7	4.6
	Hospitales universitarios	5.8	5.9	5.6

E5. Pensando en la atención en general que ha recibido en... ¿qué nota le pondría, de 1 a 7?

E7. Pensando en la atención de HOSPITALIZACIÓN que ha recibido en... ¿qué nota le pondría, de 1 a 7?

E9. Pensando en la atención de URGENCIA que ha recibido en... ¿qué nota le pondría, de 1 a 7?

Base: Todos los entrevistados (1728)

Lamentablemente aún no contamos con un segundo estudio equivalente que de seguimiento a su evaluación en el tiempo, el que en todo caso cobrará mayor relevancia al momento de contar con al menos un 50% de los hospitales público acreditados, con el fin de medir si esta condición tiene incidencia en un cambio o no de las mediciones señaladas.

13.2. Análisis de la Productividad global del sistema público de salud post-reforma de los Establecimientos Autogestionados en Red

Del mismo modo ha sido interesante descubrir entre los registros del MINSAL, la información histórica (1992-2010) del nivel de gasto en recursos humanos de los servicios de salud hospitalarios, versus la producción agregada de los mismos, medida por su nivel de ingresos por producción.

CUADRO Nº 2

SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

Año	PRODUCCIÓN TOTAL		GASTO EN PERSONAL		INDICADOR DEL GASTO EN PERSONAL		
	M\$ de 2010	Variación	M\$ de 2010	Variación	Indicador	Índice	Variación Respecto al Año Base 1992
1992	478.106.722	-	297.175.461	-	1,61	1,00	-
1993	482.139.716	0,84%	373.036.456	25,53%	1,29	0,80	-19,66%
1994	498.395.004	4,24%	427.913.702	43,99%	1,16	0,72	-27,61%
1995	523.833.285	9,56%	478.997.861	61,18%	1,09	0,68	-32,03%
1996	536.430.888	12,20%	499.421.720	68,06%	1,07	0,67	-33,24%
1997	592.890.184	24,01%	527.703.589	77,57%	1,12	0,70	-30,17%
1998	617.463.158	29,15%	551.220.078	85,49%	1,12	0,70	-30,37%
1999	635.355.691	32,89%	556.294.593	87,19%	1,14	0,71	-29,01%
2000	668.308.397	39,78%	594.561.952	100,07%	1,12	0,70	-30,13%
2001	665.959.983	39,29%	611.476.326	105,76%	1,09	0,68	-32,31%
2002	688.174.919	43,94%	622.845.106	109,59%	1,10	0,69	-31,32%
2003	701.244.954	46,67%	627.705.426	111,22%	1,12	0,69	-30,56%
2004	739.337.975	54,64%	691.447.303	132,67%	1,07	0,66	-33,54%
2005	751.989.619	57,28%	698.167.969	134,93%	1,08	0,67	-33,05%
2006	777.001.374	62,52%	775.397.311	160,92%	1,00	0,62	-37,71%
2007	799.705.153	67,26%	865.734.074	191,32%	0,92	0,57	-42,58%
2008	814.785.745	70,42%	939.022.161	215,98%	0,87	0,54	-46,07%
2009	856.524.198	79,15%	1.075.292.517	261,84%	0,80	0,50	-50,49%
2010	872.769.524	82,55%	1.157.889.962	289,63%	0,75	0,47	-53,15%

Fuente: Departamento de Gestión y Desarrollo de RRHH del MINSAL, sobre la base de datos de DEIS, SIGFE y propios. Nota 1: La producción Total es la suma de la Facturación PAD-PPP y los Ingresos Propios. Nota 2: En este análisis no se consideró el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente

CUADRO N° 3



La evidencia nos muestra que luego de una baja acentuada de productividad entre los años 92 y 95 del orden del 30% menos, esta se mantuvo relativamente constante hasta el año 2005 y desde ese año hasta ahora se ha vuelto a producir una nueva reducción de la productividad agregada de nuestro sistema de salud del orden de otro 20%, no obstante de haber entrado en vigencia los hospitales públicos autogestionados. Resulta evidente que estamos ante un indicador muy grueso y agregado, pero da cuenta de la falta de sistemas de información capaces de entregar evaluaciones más finas y específicas sobre el nivel de eficiencia y productividad de nuestro sistema asistencial.

13.3. La Gestión del Talento de los directivos hospitalarios a través del Sistema de Alta Dirección Pública administrado por el Servicio Civil

CONCURSOS DE DIRECTORES DE HOSPITAL DESDE EL INICIO DEL SISTEMA DE ADP, AL 20 DE JULIO DE 2012

1. Concursos solicitados por año

Año	Cantidad
2005	16
2006	48
2007	28
2008	28
2009	29
2010	41
2011	24
2012	16
Total general	230

2. Concursos cerrados por año - según forma de término

Año	Con nombramiento	% nombramiento	Desierto	% Desierto
2005	1	50%	1	50%
2006	16	44%	20	56%
2007	21	54%	18	46%
2008	8	36%	14	64%
2009	32	80%	8	20%
2010	10	71%	4	29%
2011	39	87%	6	13%
2012	10	63%	6	37%
Total general	137	64%	77	36%

TIEMPO DE EJERCICIO POR ESTADO DEL NOMBRAMIENTO

Datos al 20 de julio

	Nombramientos	Promedio de Días de Ejercicio	Promedio de Años
DESVINCULADO	68	716	2,0
NOMBRADO (1er. Periodo)	57	457	1,3
RENOVADO	10	1565	4,3
TOTAL	135	669	1,8

De los cuadros anteriores llaman la atención dos aspectos. Primero que del conjunto de concursos acumulados un alto porcentaje (36%) se declara desierto, lo que da cuenta de lo difícil que resulta reclutar líderes para llevar adelante la tarea de implementar los hospitales autogestionados y que por ende será necesario revisar el marco de incentivos remuneracionales y no remuneracionales que se han definido para el efecto. Segundo que por lo general los directores de hospital en promedio duran menos de dos años en sus cargos, lo que explica que en estos casi ocho años del sistema de alta dirección pública acompañando a los hospitales autogestionados, cada uno de los 60 hospitales haya tenido en promedio poco más de cuatro directores, lo que claramente conspira con la necesidad de contar con líderes efectivos con planes y políticas de implementación de mediano y largo plazo.

13.4. La deuda Hospitalaria y el Equilibrio Financiero del Sistema de Salud

Resulta evidente de que siendo uno de los factores críticos en la obtención de la certificación de los hospitales autogestionados, esta sigue siendo una tarea pendiente del sector público, no obstante los avances que en este criterio se han experimentado.

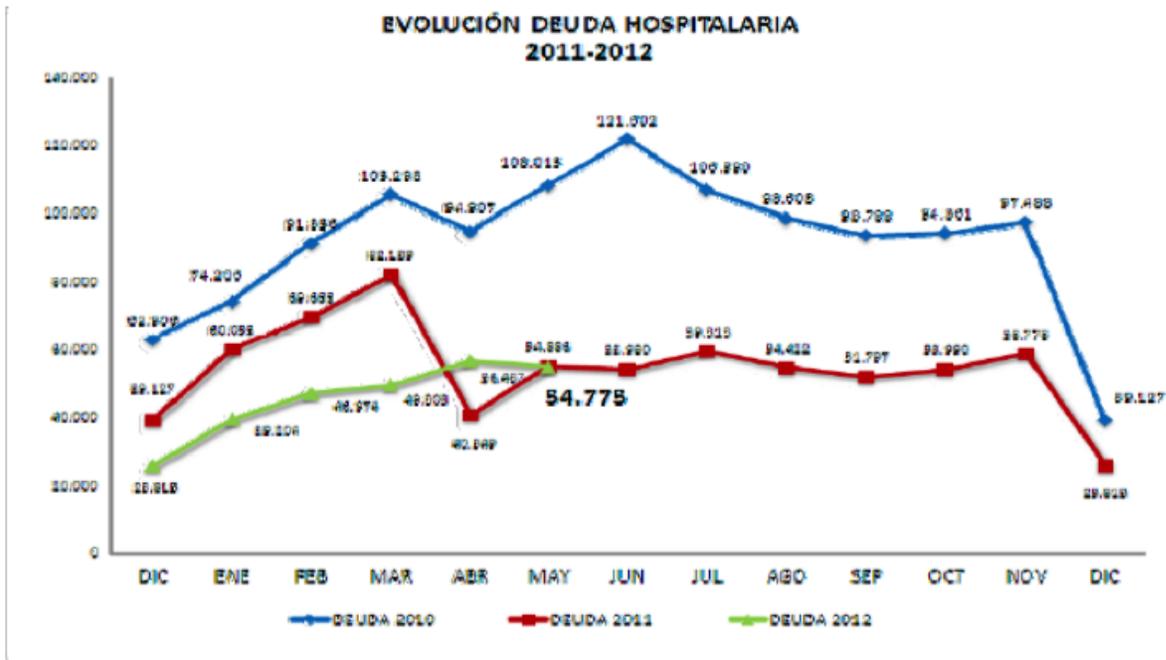
Si bien los marcos regulatorios y sus respectivos instrumentos de evaluación exigen establecimientos sin deudas y con el pago de proveedores dentro de los 60 días, saltan a la vista ciertos avances de los últimos años, aunque es sabido que esto se logra con una práctica mantenida en el

tiempo, que consiste en cerrar en diciembre de cada año con importantes aportes presupuestarios de carácter extraordinario con el fin de mantener controlada la deuda hospitalaria.

Con todo la deuda se ha reducido de más de 57 mil millones en el 2009 a casi 26 mil millones en diciembre del año 2011 y todo indica por la evolución que está tomando la deuda en los primeros meses de año 2012, que a lo menos se va a mantener en la del rango del 2011 o inclusive podría ser inferior.

BALANCE DE COMPROBACIÓN Y SALDOS DE LA DIPRES 1603 SERVICIOS DE SALUD				
Código	Denominación	2009	2010	2011
2.1.5.22	C x P Bienes y Servicios de Consumo	(57.508.748.993)	(37.705.814.440)	(25.815.368.439)

Fuente: DIPRES, Ministerio de Hacienda, 2012.



13.5. Otras evaluaciones consistentes con las dificultades de implementación de los hospitales autogestionados.

Un estudio elaborado por el Programa Social de Libertad y Desarrollo³¹ evaluó la evolución de 3 indicadores – ocupacional, de rotación y de letalidad - entre 2005 y 2007. Los resultados obtenidos arrojan que sólo 1 Hospital, el Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer, de los 11 que han sido incorporados al sistema de autogestión cumple con todos los promedios sugeridos por el Ministerio de Salud en los índices ocupacional, de rotación y letalidad; mientras que 2 de ellos (Herminda Martín de Chillán y Regional de Temuco) no cumplen con ninguna de las normas propuestas.

Adicionalmente, el estudio comprobó que los hospitales El Pino, Ezequiel González Cortés y Calvo Mackenna, cumplen con 2 de estos indicadores; mientras el San Juan de Dios de los Andes, el Psiquiátrico, Luis Tizné, Hospital del Tórax y el Instituto Nacional del Cáncer sólo cumplen con 1. Al observar los promedios de cada índice por separado, llama la atención que en el índice ocupacional (mide el grado de uso (%) de las camas disponibles o en trabajo para un determinado período) hay algunos hospitales que vienen aumentando por sobre el límite sugerido de 80% desde 2005: el Hospital de Chillán, El Pino, Ezequiel González Cortés, Psiquiátrico, Calvo Mackenna y Regional de Temuco. En tanto, el Parroquial San Bernardo y Padre Hurtado muestran un nivel inferior al promedio de este grupo de autogestionados.

En cuanto al índice de rotación (egresos por cama hospitalaria) , sólo el Psiquiátrico cumple con el nivel sugerido de estar bajo 2% y hay algunos que más que duplican la norma, tales como el de Chillán, San Juan de Dios, El Pino, Ezequiel, González Cortés, Luis Tizné, Calvo Mackenna y Regional de Temuco. También es el caso del Parroquial y Padre Hurtado. En cuanto al índice de letalidad (relación entre el número de egresos por fallecimiento de un período y el total de egresos del mismo período), se aprecia que el hospital de Chillán, Instituto Nacional del Tórax, del Cáncer y Regional de Temuco mantienen un nivel que está por sobre el promedio de este grupo de hospitales, mientras que el Parroquial y Padre Hurtado están bajo el promedio de este grupo de autogestionados.

• ³¹ Estudio de Libertad y Desarrollo: datos disponibles demuestran que autogestión de Hospitales es insuficiente. Autor Rodrigo Castro, 2009.

V. EL BENCHMARKING ACTUAL DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA

Resultando evidente hasta ahora que la iniciativa de los hospitales autogestionados no ha rendido los frutos que se esperaban y asumiendo que una de las causas se explicaría por la falta de una definición explícita de un modelo de hospital público acorde a nuestra realidad, parece relevante que se analicen experiencias exitosas de modelos hospitalarios en otras latitudes del mundo. No se trata de copiar experiencias que están atadas a sus propios marcos regulatorios, pero sí de identificar criterios de contexto, áreas de acción e instrumentos específicos de gestión hospitalaria que puedan ser un punto de referencia a nuestra necesaria definición explícita de un modelo hospitalario público chileno.

1. El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad en México/HRAE

Estos son establecimientos de prestación universal de servicios, dirigidos a la reparación de daños de baja frecuencia y alta complejidad, que involucran el empleo de una combinación de tecnología sanitaria compleja y de alto costo realizada por equipos de alto nivel de formación y experiencia. Funcionamiento continuo: 24 horas, 365 días. Procedimientos clínicos-quirúrgicos involucran profesionales altamente especializados que utilizan espacios especiales, equipamiento y alta tecnología que no debe fallar.

Sus intervenciones frecuentemente plantean problemas extremos que involucran la vida y la muerte de las personas y sentimientos asociados de los usuarios y sus familiares, como atención médico-quirúrgica, productos individualizados, procesos estandarizados, basados en evidencia científica, múltiples profesionales especializados, altamente calificados, con cierta autonomía, alto grado de coordinación y muchas veces toma decisiones colegiada. Se vinculan con la educación superior y con la investigación. Además se plantean servicios especializados destinados al hospedaje, alimentación y confort, cuyos usuarios requieren satisfactores muy diversos y tienen diferentes exigencias y expectativas.

Este modelo de hospital basa su distinción en la Gestión Clínica de procesos, la que se define como el conjunto de actividades relacionadas con la asignación y aplicación de los recursos requeridos en la prestación de servicios de salud y la toma de decisiones a lo largo del proceso de atención al paciente. Busca incrementar la eficiencia, seguridad y la calidad de la atención médico-quirúrgica, vincula a los profesionales de la salud con la gestión de los recursos para producir los servicios. Mejora la efectividad, reduce la variabilidad de la práctica clínica e incorpora la dimensión del costo al momento de tomar las decisiones clínicas. En otras palabras este modelo encuentra la base de su valor público en la impecabilidad de la estructuración, organización y gestión de todos los procesos relacionados con un hospital público y de hecho de manera esquemática se presenta a continuación:

Gestión Clínica y Atención al Paciente por Procesos



Los principios del modelo son:

Orientación a resultados: cumplimiento de estándares y criterios de calidad, seguridad y eficiencia.

Gestión por procesos: prioridad visión del cliente sobre organización.

Responsables de servicios clínicos como gerentes de “productos”.

Centro en el paciente y su familia.

Políticas de servicios para la atención de pacientes y familiares.

Toma de decisiones basadas en la mejor evidencia disponible.

Directivos: profesionales de la administración y la gestión.

Costeo de todos los servicios, promoción y acciones para captación de recursos para un funcionamiento sustentable.

Organización relacional, se reconoce la interdependencia entre áreas del conocimiento y estructuras físicas para la consecución objetivos institucionales.

- Entre sus propuestas concretas encontramos:
- Atención centrada en los pacientes y familiares
- Consulta externa altamente resolutive
- Disminución sustancial estancia hospitalaria
- Tendencia a la realización de cirugía mayor ambulatoria

- Protocolos de atención y guías clínicas
- Equipos multidisciplinares
- Visión integral del paciente
- Continuidad en la atención
- Atención basada en la mejor evidencia
- Centro de investigación y enseñanza
- Soluciones gerenciales integrales (clínica y costos)

2. Grupo Ribera de Concesiones Hospitalarias y su Modelo Alzira en España.

En este caso estamos ante un modelo de gestión hospitalaria que surgió ante la oportunidad que se abrió en algunas Provincias españolas como Valencia y Madrid, de introducir las concesiones hospitalarias. El centro objeto de concesión es un hospital público, construido en suelo público y perteneciente a la red de hospitales y centros de salud públicos. Sin embargo, la prestación de servicios sanitarios se adjudica durante un período de tiempo preestablecido a una empresa privada concesionaria que se compromete a la buena marcha y gestión de este servicio público. Su financiamiento es per cápita y la entidad pública que financia paga a la concesionaria una cantidad anual fija y preestablecida por cada uno de los beneficiarios del hospital. Finalmente, este modelo obliga a la concesionaria al cumplimiento de unas cláusulas contenidas en un contrato y define a una entidad pública con capacidad de control y de inspección, así como de facultad formativa y sancionadora. El modelo hospitalario del grupo Ribera se construye sobre cuatro pilares:

- **El desarrollo de nuevas estrategias asistenciales:**

Se trata de innovar en el marco de un modelo de integración asistencial que entre otras acciones implica: unificación de protocolos y guías de práctica clínica para disminuir su variabilidad, una atención primaria más resolutiva con acercamiento a exámenes y procedimientos diagnósticos y con médicos internistas como agentes integradores. Por otra parte se estimula un mayor potenciamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria, el uso de alternativas a la hospitalización tradicional, así como a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En todos estos casos se estimula el desarrollo de la gestión de procesos transversales.

- **Gestión avanzada en RRHH que apuesta por los profesionales:**

Como herramienta para atraer y retener talentos ofreciéndoles estabilidad laboral, estimulando su carrera y desarrollo profesional. Se trata de contar con profesionales implicados en las mejoras de la gestión con iniciativas como concursos de ideas y formación o capacitación continua para todos los funcionarios, desarrollando vínculos de cooperación en investigación y docencia con Universidades y centros de Educación Superior, para la formación de estudiantes y especialistas. Por otra parte se desarrollan incentivos remuneracionales variables en base a calidad, eficacia y eficiencia, evaluaciones por competencias, promoción interna y autogestión en los servicios clínicos.

- **Apuesta por la tecnología y los sistemas de información:**

Con hospitales totalmente informatizados, sobre la base de ficha clínica electrónica y radiología digital, telemedicina y trabajo no presencial, con conexiones remotas a los pacientes. Por su parte para orientar e informar a los usuarios se desarrollan puntos de información automatizados, cajeros táctiles para tramites de solicitud de horas médicas, pantallas informáticas en Urgencias con los tiempos de

espera, junto con la dispensación automática de medicamentos vinculados a ficha clínica; así como se desarrolla un sistema de mensajerías SMS vinculado a historia clínica, urgencias y sistemas de monitorización de pacientes crónicos, entre otras posibilidades.

- **Gestión clínica con enfoque de Calidad Asistencial:**

Este componente esencialmente tiene que ver con desarrollar estrategias y enfoques de mejoramiento continuo de la calidad asistencial, complementados con la certificación de calidad de los procesos ISO 9000.

En este caso la articulación de los cuatro factores señalados anteriormente los ha llevado a desarrollar las siguientes acciones concretas como estrategia de distinción:

- **Calidad-nivel prestaciones:** cartera de servicios mayor que un hospital similar. Hoy casi toda especialidad médica-quirúrgica de un hospital general para evitar fuga de pacientes y fidelizarlos.
- **Diferenciación:** habitación individual más todo tipo de comodidades para paciente y acompañante.
- **Innovación:** moderna tecnología para mayor capacidad y rapidez respuesta, servicios diferenciados, agilidad atención y simplificación procesos.
- **Flexibilidad:** amplitud horarios de atención y facilidad conseguir cita, adaptar el servicio a las necesidades del ciudadano.
- **Tiempo:** planificando la actividad para que no existan listas de espera y control tiempos de demora. Mayores recursos a quién más los necesita

3. Francia y el “Hospital 2007”

En el caso del sistema de salud francés estamos ante un sector hospitalario mixto, público-privado con 2/3 de las camas en hospitales públicos y ante los cuales los pacientes tienen libertad para su elección. Los hospitales representan aproximadamente el 50% del gasto en salud y prácticamente no hay listas de espera. Sin embargo, en el año 2003 se sentaron las bases de una reforma a los hospitales denominada “Hospital 2007” sustentada en tres ejes:

- **Modernización de los hospitales**

Con un plan de Inversiones para mejorar la infraestructura que duplicó los recursos entre los años 2003 y 2006, fijando prioridades nacionales de salud en el tratamiento del cáncer, cuidado perinatal y salud mental; para lo cual se busco una simplificación de la estructura organizacional y una mejor planificación de los cuidados de salud, sobre la base de un mejor diagnóstico demográfico y epidemiológico de cada región como herramienta para mejorar la intervención de los hospitales y junto con ello el poder regulatorio se traslada desde el nivel central a regiones, reforzando el rol de las Agencias Regionales de Hospitalización (ARH).

- **Nuevo Sistema de financiamiento**

Con la introducción de pagos basados en la actividad para los hospitales públicos y privados, el pago se realiza por cada paciente agudo tratado basado en un sistema equivalente a los GRD (grupos relacionados diagnósticos). Se estableció una estrategia de implementación gradual que permitió ajustar los precios, tomando en cuenta los precios del sector privado, se usó un coeficiente de transición para

cada prestador basado en sus costos y precios históricos. El objetivo buscaba armonizar los precios de todos los prestadores para este año 2012.

- **Nuevo sistema de gobierno de hospitales públicos**

Con el objetivo de simplificar la administración estableciendo una mayor autonomía del personal médico sobre las decisiones de gestión, dándole a los hospitales la oportunidad de crear grandes departamentos clínicos para organizar las actividades médicas en forma más eficiente (centros de excelencia médica), con centros bajo la responsabilidad de un médico con autonomía organizacional y administrativa, sujetos a un contrato interno con la gerencia del hospital.

Para el logro y seguimiento de Hospital 2007 fue necesario junto con el apoyo de la OMS y su oficina regional para Europa, desarrollar una herramienta de evaluación del desempeño, con el propósito de colaborar con los hospitales en la recopilación de datos, en la comparación con otros hospitales y en la implementación de acciones de mejoramiento de la calidad, definiéndose como un instrumento diseñado para el uso interno del hospital y de base voluntaria.

En su desarrollo se consideraron las áreas de efectividad clínica, eficiencia, orientación hacia el personal y de gobernanza orientada a la comunidad; sobre la base de dos perspectivas transversales: seguridad y centrado en el paciente, con su consecuente desarrollo de Indicadores tales como: tasa de cesáreas, uso antibióticos, tasa mortalidad, tasa re-hospitalización, cirugía ambulatoria, tasa retorno UTI, TAC post traumatismos, úlceras de presión, tasa infecciones intrahospitalarias, días hospitalización, uso pabellones, costo antibióticos y servicios comunes paciente día, presupuesto capacitación, ausentismo, horas extras, accidentes trabajo, consumo tabaco personal, altas maternidad con lactancia materna, tiempo espera cirugía ambulatoria, encuestas expectativas usuarios, monitoreo acceso y satisfacción pacientes sobre equipamiento, entre otros.

4. Estados Unidos y los modelos de Káiser Permanente y Cleveland Clinic

Aunque desde una perspectiva sistémica Estados Unidos no ofrece una muy buena experiencia de su sistema de salud dado sus elevadísimos costos, su falta de cobertura universal y mediocres resultados de su población en salud, si es posible consignar algunas experiencias exitosas e interesantes.

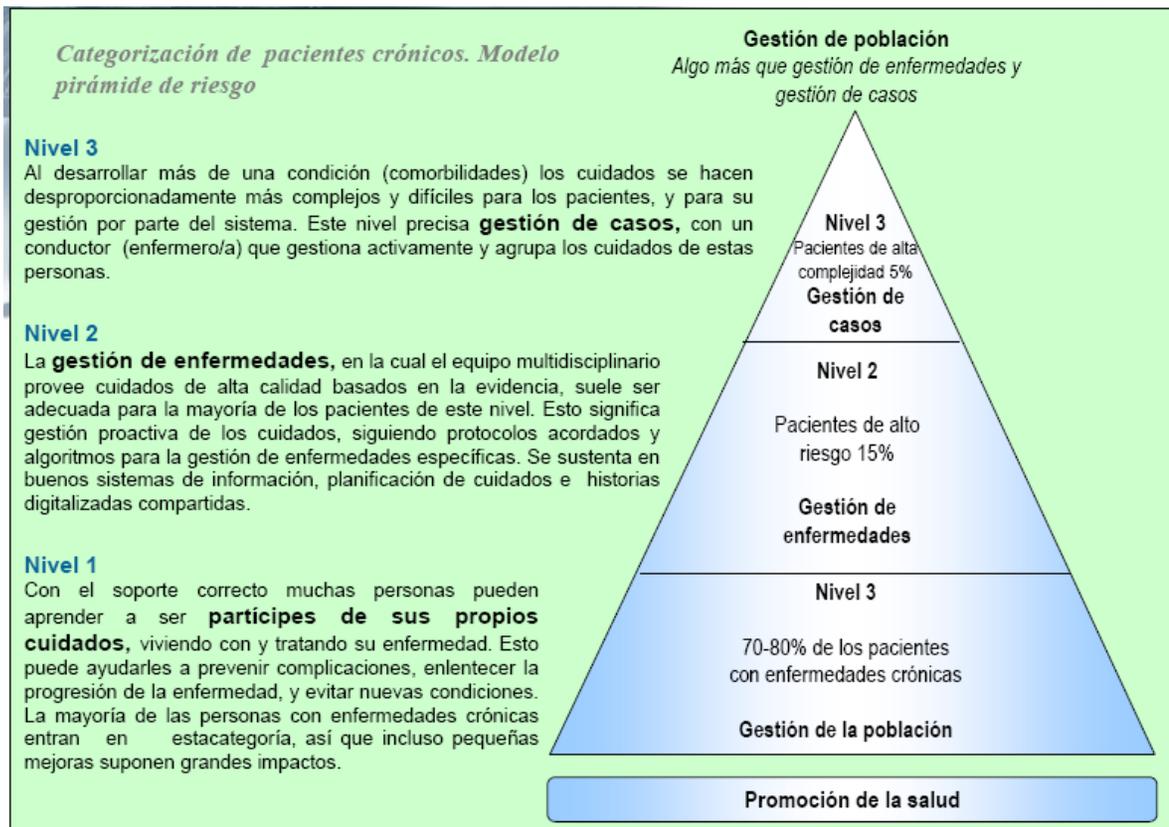
El primero es el modelo de Káiser Permanente que institucionalmente integra las funciones de aseguramiento y provisión de servicios sanitarios para una población superior a 8,6 millones de personas. Es un seguro de salud, un sistema asistencial y un grupo de médicos al mismo tiempo. Logra excelentes resultados en aspectos de integración de la atención, reducción de hospitalizaciones y de estancias innecesarias, y prevención y control de enfermedades crónicas.

Estos resultados son atribuibles en gran medida a un modelo de gestión y de organización de servicios caracterizado por su enfoque poblacional, liderazgo clínico y utilización de modelos innovadores de atención. Posee buenas prácticas de gestión, ya sean a nivel macro, como su enfoque de salud poblacional, meso, como su abordaje de atención integrada, y micro, en el que destacan múltiples herramientas innovadoras vinculadas a la gestión de enfermedades.

Una de sus claves distintivas la constituye la Cultura Organizacional de médicos y profesionales, caracterizada por:

- Compartir experiencia y expertise para identificar e implementar las mejores prácticas.
- Compartir un vasto conocimiento clínico en base a mejoramiento continuo de calidad.
- Coordinación interdisciplinaria para proveer atención continua y reducir demanda innecesaria.
- Práctica médica lidera un equipo para la atención del cuidado (médicos, enfermeras, administradores, técnicos y otros).
- Seguimiento y reportes de evaluación de la calidad de la atención.
- Inversión en instrumentos y estrategias sofisticadas para el mejoramiento continuo de calidad de la red de médicos y profesionales.
- Sistemas de pago que reemplazan el fee for service por pagos asociados a resultados en salud, con el fin de compensar la disminución de ingresos por tener pacientes controlados y más sanos.

En el siguiente cuadro se destaca el modelo de gestión de riesgo poblacional utilizado por Kaiser Permanente:



Kaiser Permanente (KP), una Health Maintenance Organization (HMO)

En el caso de Cleveland Clinic estamos ante un establecimiento que en el ranking 2011-2012 de calidad para todo Estados Unidos, está ubicado en el puesto número cuatro; cuenta con 1.214 camas, 54.038 egresos hospitalarios, 27.142 cirugías (34%), 52.757 cirugías ambulatorias (66%) y 56.041 consultas de urgencia. Su modelo hospitalario la tiene convertida en uno de los establecimientos mas

costo efectivo del país o con la mejor relación precio calidad, en palabras del propio presidente Obama, quién los visito en pleno proceso de discusión legislativa de su reforma de salud el 2010 y entre sus principales características o sellos de distinción destacan:

- Una sólida cultura organizacional en salud: cafeterías sin grasas trans, no se contratan a fumadores y la calidad se mide por evaluación de resultados clínicos con exámenes anuales a los profesionales en ejercicio.
- Uso intensivo de Tecnologías (TICs), con ficha clínica electrónica abierta a los pacientes.
- Gerentes de experiencia clínica: ver y sentir la experiencia hospitalaria (física, clínica, emocional) desde la perspectiva de los pacientes.
- Innovación: viajar 1 vez al año para aprender y traer una nueva práctica; unidad de propiedad intelectual y la transparencia de los conflictos de interés para mantener el estímulo innovador.
- Directores médicos a cargo de la cultura organizacional, decisiones estratégicas y selección de personal.
- Médicos contratados por Salario con el fin de evitar la demanda innecesaria en prestaciones de salud.
- Gran apoyo administrativo para médicos y sus necesidades (investigación y viajes a congresos entre otros).

VI. RECOMENDACIONES, PROPUESTAS DE CAMBIOS REGULATORIOS Y CONCLUSIONES FINALES

En base a las experiencias internacionales revisadas en distintos marco regulatorios y al hecho evidente de que a pesar de llevar siete años en nuestra experiencia nacional, la autogestión hospitalaria está lejos de ser una iniciativa íntegramente implementada; es que resulta fundamental insistir en ella, sin embargo, con una más precisa y clara definición de un modelo hospitalario asociado. Se recomienda entonces tanto por razones técnicas pero también políticas “sacar el máximo posible de eficiencia y calidad al modelo de hospitales autogestionados”, toda vez que este fue aprobado en la reforma del 2003-2005 como el mayor grado de descentralización viable políticamente y porque genera al interior de los hospitales herramientas y competencias que son necesarias para avanzar en una mayor autonomía de los hospitales públicos.

Quizá el área en que este modelo de gestión hospitalaria requiere avanzar en forma importante en su perfeccionamiento es de la gestión y compensación de recursos humanos ya que resulta altamente recomendable mejorar los mecanismos de remuneraciones e incentivos de los equipos directivos (sueldos bajos en relación al mercado y las responsabilidades asociadas). Es importante resolver el problema de los niveles de renta de los directivos y flexibilizar aún más las limitaciones que aún les impone la alta dirección pública, no hay que olvidar en esta es una de las áreas de la economía en que muchos de sus gestores de mayor nivel vienen del ejercicio de la medicina u otras profesiones de la salud y hay una larga transición antes que éstos profesionales opten por abandonar el ejercicio profesional clínico a cambio de dedicarse 100% a la administración.

Asimismo es necesario probar “realmente” las diferentes herramientas que este modelo dispone para gestionar los recursos humanos en los ámbitos clínicos y administrativos y profundizar los sistemas de remuneraciones relacionándolas más directamente con mayores y mejores niveles de productividad y calidad. El país está en un ciclo económico que indudablemente presionará por mejoras en los niveles de remuneraciones del sistema público y lo será en forma importante en el sistema de salud, es altamente recomendable que éstas mejoras se negocien vinculadas a mayor flexibilidad en la gestión de recursos humanos y relacionando las mejoras de renta con mejoras en los niveles de satisfacción de los pacientes y de productividad, de forma tal de articular los modelos de remuneraciones de los funcionarios y profesionales a los cambios anunciados e ir transformando la forma de financiar los hospitales por parte de FONASA “asignando recursos a cambio de producción realmente realizada”. De hecho Fonasa desde el año 2009 hasta ahora se ha seguido moviendo en el financiamiento entre PPV (pago por prestaciones valoradas) y PPI (pago por prestaciones institucionales o históricas) desde una relación 42/58 a una de 58/42 el año 2012 a favor de las PPV, incluidas las prestaciones AUGE o GES.

1. Los componentes esenciales de un modelo exitoso de gestión hospitalaria

Por todo lo señalado anteriormente es que describimos a continuación la mejor síntesis vigente de un modelo público hospitalario, en el entendido de que en su correcta y completa implementación esta la mayor clave de éxito posible para la experiencia de la autogestión hospitalaria chilena.

- Elementos del Contexto Hospitalario:
 - o Orientaciones y principios:
 - Adaptación a la demanda de los pacientes

- Integración Clínica en áreas de servicios
- Organización Matricial del hospital
- Mejoramiento continuo de todos procesos (clínicos, de apoyo y logísticos)
- Seguimiento de los costos
- Médicos jefes de áreas como si fueran Product manager
- Profesionales competentes y bien remunerados de la Gestión Directiva
- Plataformas de Servicios integrados por tecnologías
- Sistemas de Acreditación de la Calidad institucional y Certificación de Calidad Individual de los profesionales y técnicos de salud
- Como parte de Redes de prestación articuladas e integradas en sus diferentes niveles y en base a promoción y prevención.
- Estímulo a la eficiencia técnica y asignativa de los recursos financieros

o Los cambios y desafíos de la cultura médica:

- Han habido cambios técnicos que han permitido aumentar la eficacia de la medicina, su complejidad al mismo tiempo que sus costos.
- La cultura profesional se ha alejado de la ars médica y su práctica individual y se ha acercado a la subespecialización, a la necesidad de casuística, del trabajo en equipo para compartir experiencia y conocimiento, del apoyo de la tecnología y por ende de su institucionalización hospitalaria.
- Los altos costos hospitalarios inducen la ambulatorización y los cuidados domiciliarios y por ende su involucramiento en el mejoramiento del proceso clínico productivo y de su articulación en red.
- Desde una relación médico-paciente autónoma y confidencial a una interactiva, que se vuelve de mayor riesgo, víctima de desconfianza y de la judicialización.
- Desde el prestigio del médico al prestigio de las Instituciones: la evolución del rol médico provino de los Hospitales de Beneficencia en combinación de la consulta privada, pasando a funcionarios de Hospitales Públicos con consulta privada y/o en centros médicos diagnósticos (ej. INDISA en sus inicios) y meros visitantes de las clínicas privadas; para que hoy en día se mantengan algunos como funcionarios y los más de visita en los Hospitales Públicos, constituyéndose en su gran mayoría en médicos staff de Clínicas privadas u Hospitales Universitarios y redes asistenciales de prestigio.
- Los incentivos correctos para el Médico³²:
 - Trabajar más y mejor, ojalá para ganar más.
 - Más Calidad.
 - Gran número y variedad de pacientes.

• ³² Elaboración propia en base al libro “Jornada de Reflexión: Factores que influyen en el ejercicio de la práctica médica”; Agrupación Médicos Clínica Alemana. 2009.

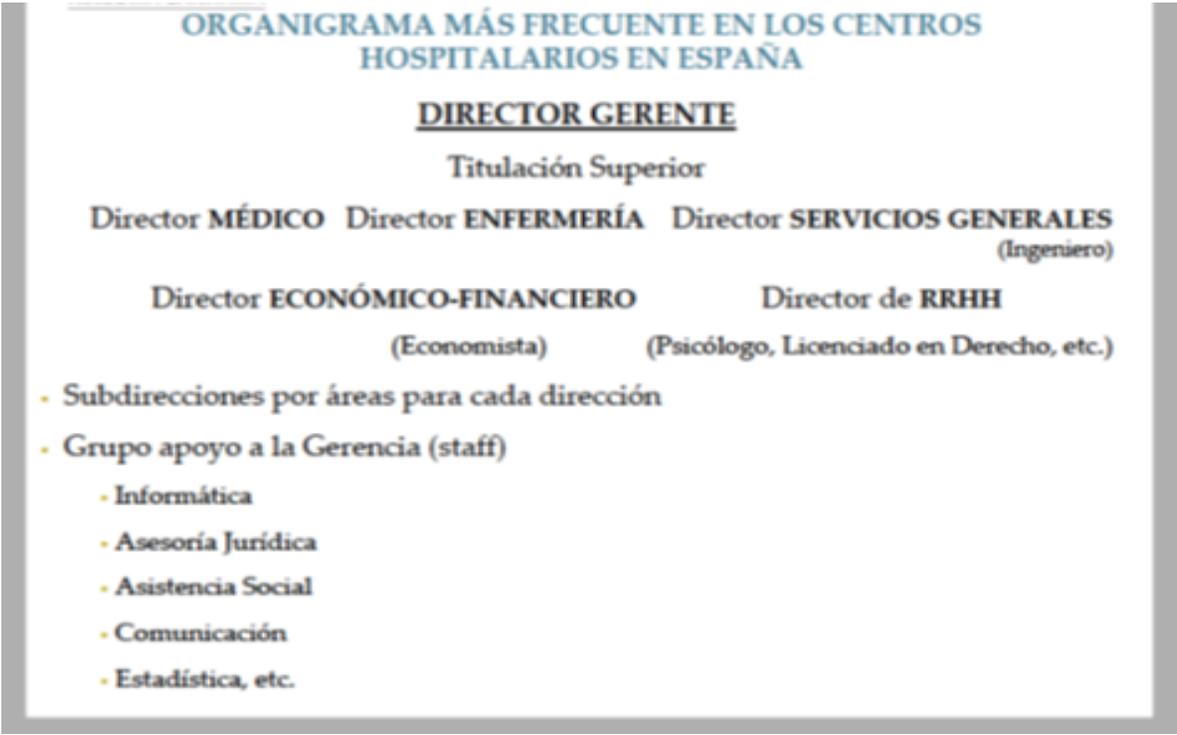
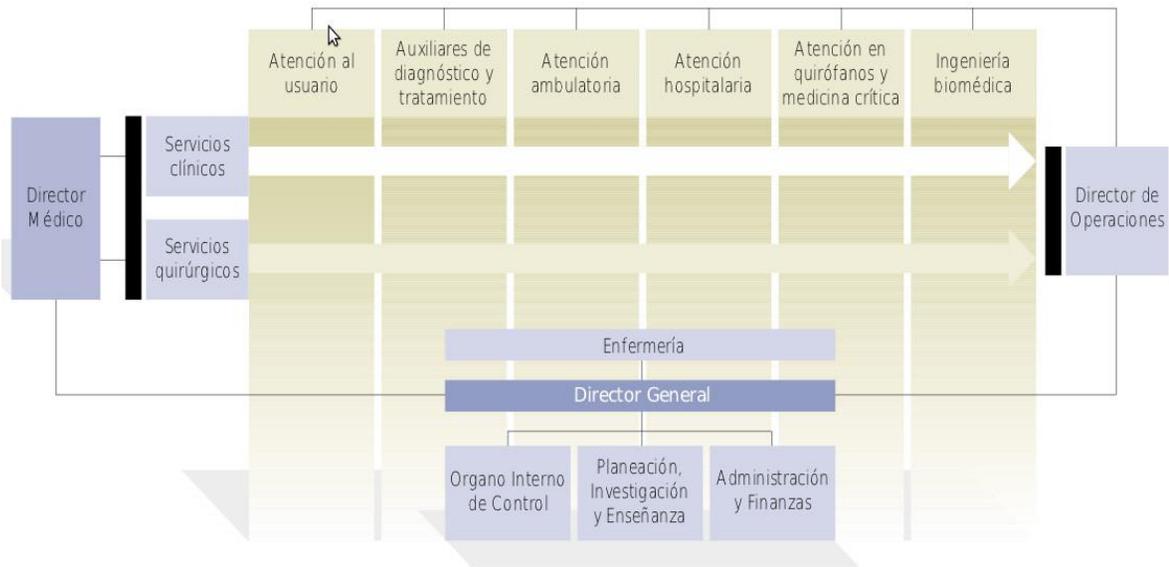
- Prestigio profesional y técnico.
- Espacio para enseñar y compartir el conocimiento.
- Poder estudiar y seguir aprendiendo.
- Poder viajar para asistir a Congresos.
- Hacer o participar en Investigaciones clínicas.
- Contar con condiciones higiénicas de excelencia (casinos especiales).
- Apoyo administrativo (vacaciones, licencias, permisos, cobros de pacientes, etc.).

o La relación docente-investigación-asistencial

Por lo general todo modelo de excelencia hospitalaria implica una relación docente-investigación-asistencial y esta implica acuerdos y mecanismos de interacción con la docencia de pregrado y postgrado, así como con la Investigación, la Extensión y la Educación Continua. Se trata de estimular el desarrollo académico, curricular y pedagógico del hospital para garantizar la sostenibilidad del personal y su contratación. Los aspectos centrales de los convenios docentes asistenciales definen formas específicas de relación, determinan el alcance de la autoridad académica, su participación en organismos de integración funcional y de coordinación de áreas clínicas y programas académicos. Se definen además los tipos de actividad docente y su número de estudiantes en: clases presenciales, trabajo en grupos, campos y rondas de práctica clínica, etc.; los docentes que principalmente son de las Facultades y otros de los servicios clínicos y la implementación de sus programas curriculares. Por su parte la investigación propiamente tal requiere de la definición de Políticas, lo que implica la definición de Grupos y líneas de investigación, con la consolidación de Centros de Investigaciones Clínicas y en Salud del Hospital, mediante la definición de sus prioridades. Finalmente y por otro lado y desde la perspectiva de la educación continua, se deben definir los requerimientos de asesoría, asistencia técnica y capacitación para profesionales, investigadores, instituciones públicas, industria farmacéutica, centros de innovación tecnológica, empresas, etc. Se debe establecer la creación de un equipo de trabajo para examinar oportunidades y colaboración desde la academia al hospital y la construcción de una propuesta para mejorar ingresos operacionales, no asistenciales, que se dedicarán a cubrir parcialmente sobrecostos de la docencia e investigación.

o La Estructura Organizacional

La experiencia internacional sugiere una estructura simple y de tipo matricial como lo muestran los siguientes cuadros de las iniciativas Mexicana y Española respectivamente:



- Elementos Estratégicos de la Organización Hospitalaria
 - o Liderazgo Médico Clínico

Hay que evitar que entre los médicos prosperen el escepticismo y el poco tiempo de dedicación, como barreras que dificultan que el liderazgo médico clínico se desarrolle en nuestros hospitales

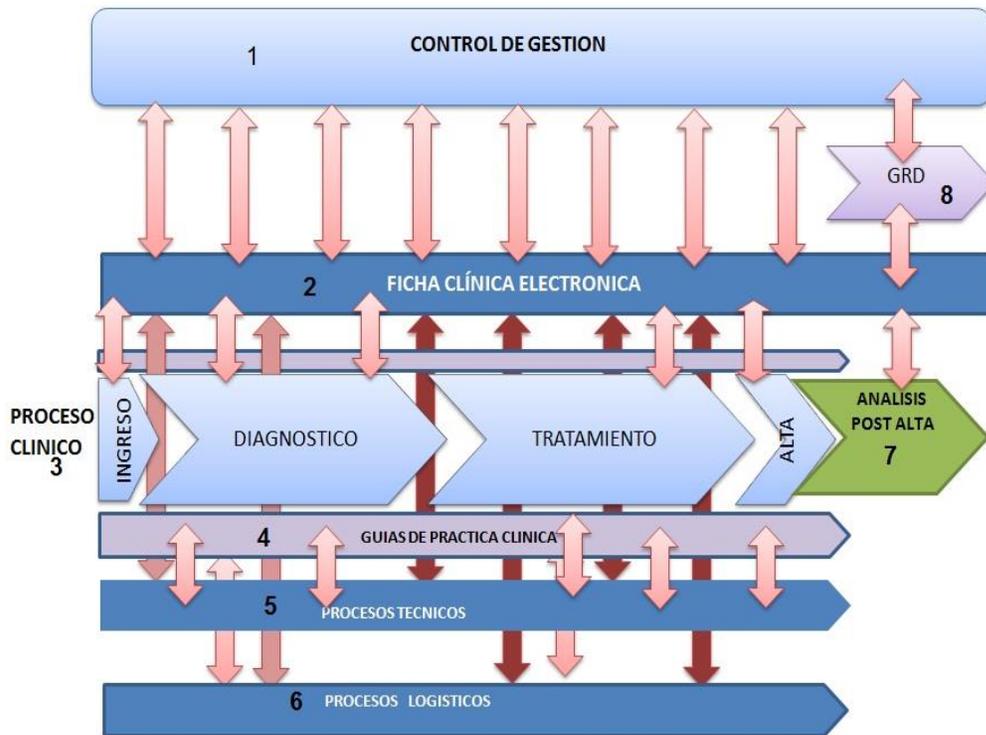
públicos. Aunque para algunos la evidencia de su importancia es ambigua o difícil de probar, para otros este tipo de liderazgo constituye un estímulo a la innovación, al desarrollo de la calidad y un incentivo al trabajo en equipo clínico y no clínico.

Por consiguiente resulta crucial la promoción de un liderazgo médico clínico desplegado en 3 niveles de la organización hospitalaria:

- Líderes Directivos
- Líderes en Jefaturas de Servicios Clínicos
- Líderes clínicos de primera línea

o Uso de Tecnologías de información y Comunicación.

En este esquema se representan los principales sistemas de información que se requieren en cualquier establecimiento hospitalario.



- Las características e instrumentos más operacionales de la Gestión Hospitalaria:
 - ✓ Por lo general establecimientos hospitalarios de alta complejidad y por ende con tecnología de punta y profesionales con alto nivel de especialización.
 - ✓ Alta Dirección profesional en gestión.

- √ Instalación de una Cultura de Gestión de Calidad con Certificación de procesos y evaluación de un Modelo de Excelencia. Calidad Técnica, Seguridad y Satisfacción del Paciente (indicadores de acceso, tiempo de espera, recomendación o lealtad).
- √ Formación y capacitación continua de todos los RRHH.
- √ Implementación de un Modelo Docente-Asistencial y de Investigación con Universidades o propiamente Universitario.
- √ Sistema de Gestión para el control del riesgo jurídico.
- √ Instalación de procesos eficientes y simplificados en torno al modelo de valor público del establecimiento hospitalario (Médico-quirúrgicos, de Servicios de Apoyo y Logísticos).
- √ Sistema de indicadores de eficiencia y sistema de control de costos.
- √ Mecanismos de gestión flexibles para adaptarse a diferentes opciones de mecanismos de pago: per cápita, GRD, Fee For Service, por indicadores de resultado.
- √ El modelo de atención del establecimiento hospitalario consta de una atención médica de alto nivel de resolutivez, de un bajo promedio de estancia hospitalaria, de un alto porcentaje de cirugía ambulatoria y en coordinación con niveles de atención de menor resolutivez, Urgencias, así como con sistemas de asistencia domiciliaria, cuidados de enfermería y hospitalización domiciliaria o en residencias.
- √ Uso de un Sistema de Guías y Protocolos de práctica clínica, que estimulen la acción en base a la evidencia (disminución de la variabilidad clínica), al mismo tiempo que la innovación.
- √ Equipos de trabajo multidisciplinarios que garanticen la continuidad de la atención.
- √ Sistema de atención integral, transparente (ficha clínica electrónica abierta al paciente) y flexible del paciente para integrar a la familia.
- √ Sistemas TICs con soluciones gerenciales e integrales: Ficha Clínica Electrónica, Grupos Relacionados Diagnóstico (GRD), Tablero Médico, Costos y Comercialización, y Portal WEB para el paciente.
- √ Sistema de RRHH World Class con incentivos y modalidades de contratación:
 - Salario con fuerte modelo de gestión de incentivos y liderazgo médico.
 - 60% salario y 40% variable con pagos asociados a indicadores de calidad y resultado.
- √ Control de medicamentos y su prescripción.
- √ Gobiernos Corporativos vinculados a la lógica de la Responsabilidad Social.
- √ Desarrollo de la alta especialidad en concordancia con las prioridades Sanitarias de la Salud Pública del País (Cáncer, Cardiovascular, Obesidad, Salud Mental).
- √ Implementación de un Modelo de Riesgo para la atención clínico-poblacional sobre las Patologías Crónicas.

2. Propuestas de nuevas regulaciones para los Hospitales Públicos Chilenos

No son muchas las alternativas que nuestro derecho nos da para otorgarle a los Hospitales mayores grados de autonomía.

Analizaremos tres posibilidades, todas ellas requieren la dictación de una ley para que puedan ser implementadas: la desconcentración, la descentralización y la empresa autónoma del Estado.

2.1. La desconcentración

1.- La desconcentración de un servicio público consiste en la radicación por ley de atribuciones propias de un órgano en otro órgano subordinado, para que éste la ejerza con independencia relativa de aquél.

2.- Existen dos clases de desconcentración al nivel de los servicios públicos: la territorial y la funcional.

Desconcentración territorial es aquella que se materializa a través de la creación de direcciones regionales, a cargo de un director regional, quien depende jerárquicamente del director nacional del servicio respectivo.

No obstante, para los efectos de la ejecución de las políticas, planes y programas de desarrollo regional, los directores regionales están también subordinados al Intendente a través del respectivo Secretario Regional Ministerial.

Desconcentración funcional, por su parte, es aquella que se materializa cuando la ley radica ciertas atribuciones en determinados órganos del respectivo servicio.

3.- Para que exista desconcentración, territorial o funcional, es menester que se dicte una ley al efecto, lo que significa que para revertir la desconcentración, total o parcialmente, debe dictarse, a su vez, una ley que derogue la anterior.

4.- Cabe destacar que los servicios desconcentrados no pierden su carácter de órganos del servicio central y que serán más o menos descentralizados en la medida que se les otorguen algunas o todas las potestades administrativas del servicio del cual dependen.

5.- La ventaja de esta alternativa por sobre otras (como la delegación de funciones) es la seguridad jurídica que da la determinación por ley de las atribuciones desconcentradas, lo que desde una perspectiva interna del servicio, como también desde el punto de vista de los terceros que con éste se relacionan, permite un grado saludable de claridad sobre lo que el servicio u órgano de que se trate puede o no realizar.

6.- En general, los problemas de la desconcentración pueden resumirse en los siguientes:

a) Lentitud para reconcentrar las atribuciones radicadas, dado que se requiere de ley. Dichas leyes modificatorias deben prever una serie de efectos colaterales que traerían consigo, respecto a la vida jurídico-administrativa desarrollada en el intertanto por los órganos en cuestión;

b) La existencia de la relación jerárquica de dependencia en los planos en que subsistiría, limita el ejercicio de una plena autonomía, incluso en el ámbito de las atribuciones desconcentradas.

7.- Esta fue la alternativa que siguió la Ley sobre Autoridad Sanitaria al momento de establecer la "Autogestión en Red" de los establecimientos de salud.

Lo anterior implica, además, que agregar nuevas atribuciones desconcentradas o la profundización de las ya otorgadas, requiere de la dictación de una nueva ley modificatoria de la actualmente vigente.

2.2. La descentralización

1.- Es posible hablar de dos clases de descentralización: la territorial y la funcional.

Sin embargo, para efectos de esta parte, es indiferente distinguir entre una y otra, toda vez que en la medida que un ente tenga potestad funcional para ejercerla en un territorio determinado, estará haciéndose partícipe de ambas clases de descentralización.

En todo caso, la descentralización territorial alude al elemento espacio físico o territorio, y la descentralización funcional apunta a que un grupo de potestades o facultades se entregan a entes personificados y autónomos.

2.- Constituye descentralización funcional y territorial la entrega un conjunto sistemático de atribuciones a órganos independientes del poder central, con personalidad jurídica y patrimonio propio, para ser ejercidos en un territorio específico³³.

3.- Entre las principales características de la descentralización y que pueden considerarse ventajas o desventajas, según el punto de vista desde el que se enfoque la materia, destacan las siguientes:

- a) Se requiere de ley para materializarla.
 - b) Los entes descentralizados están dotados de personalidad jurídica propia de Derecho Público y gozan, asimismo, de patrimonio propio, pudiendo, dentro del marco legal respectivo, ejercer con autonomía la administración de sus recursos físicos, financieros y humanos.
 - c) En el ejercicio de sus atribuciones, los órganos de estos entes no se encuentran subordinados en relación de dependencia jerárquica a otros órganos o servicios del poder central, sin perjuicio de la supervigilancia que ejerce el Presidente de la República a través del Ministerio respectivo.
- Es importante aclarar que dichos entes, en cuantos servicios públicos, quedan sujetos a las políticas nacionales y a las normas técnicas del Ministerio a cargo del sector respectivo, en este caso, el de Salud.
- d) Aquellos servicios públicos descentralizados que se crean para desarrollar su actividad en todo o parte de una región, están sometidos a la supervigilancia del respectivo Intendente, a menos que la ley que los crea expresamente señale algo distinto.
 - e) Las jefaturas superiores de los entes descentralizados son propias y pueden generarse por designación del Presidente de la República o por elección popular, esto último, básicamente en entes netamente locales.
 - f) Las autoridades de los entes descentralizados nombran o contratan directamente a su personal, el que puede encontrarse sometido al Estatuto Administrativo o a regímenes estatutarios especiales.

4.- Esta alternativa se ha utilizado para la creación de los establecimientos de salud de carácter experimental, a saber, el Hospital Padre Hurtado, el Centro de Referencia de Salud de Peñalolén Cordillera Oriente y el Centro de Referencia de Salud de Maipú.

Lo anterior implica que no se trataría de una novedad en nuestro sistema jurídico, la creación de hospitales como entes descentralizados, por ejemplo, a nivel de hospitales de alta complejidad o los denominados Institutos, dejando a los demás establecimientos de salud la normativa actualmente vigente.

• ³³ Por ejemplo, los propios Servicios de Salud.

En este sentido, bien se podría dictar una ley de carácter general que permitiera la creación de servicios públicos, teniendo como base la que permitió la creación de los establecimientos experimentales.

5.- Entre las principales regulaciones que la ley vigente le confiere al Hospital Padre Hurtado, merecen la pena destacarse las siguientes³⁴:

a) Organización

El Hospital está organizado en Gerencias y Departamentos.

Le corresponde al Director determinar la estructura y organización interna del Hospital, así como las funciones y atribuciones específicas de sus dependencias y jefaturas.

b) Las relaciones estatutarias

Otra de las innovaciones que contiene el estatuto del Hospital Padre Alberto Hurtado, dice relación con las relaciones estatutarias.

En efecto, si bien los trabajadores que allí trabajan son funcionarios públicos para todos los efectos y que ingresan por concurso público, su vinculación con el establecimiento se hace a través de la suscripción de un contrato, el cual será de carácter indefinido.

Excepcionalmente, el Director puede contratar a trabajadores a plazo fijo, los cuales no pueden laborar más allá del 31 de diciembre del año en curso, pudiendo prorrogarse su contratación.

c) Causales de terminación de los contratos

Como se aprecia, es claro que el estatuto legal del Hospital Padre Hurtado buscó hacer una especie de mezcla entre las normas estatutarias y las normas del Código del Trabajo.

De hecho, y a diferencia de lo que sucede con las Leyes Nº 15.076, Nº 19.664 y Nº 18.834, se establecen causales de terminación muy similares al referido Código, incluyendo las “necesidades del establecimiento”, lo cual dará derecho a una indemnización.

Las causales de terminación son:

- Conclusión del trabajo o servicio objeto del contrato.
- Salud incompatible con el cargo o enfermedad irrecuperable, de acuerdo con la normativa vigente en la materia.
- Acuerdo de las partes.
- Renuncia, debiendo dar aviso escrito al superior jerárquico con treinta días de anticipación, a lo menos.
- Muerte.
- Evaluación deficiente de su desempeño funcionario.
- Falta de probidad, vías de hecho, injurias o conducta inmoral grave debidamente comprobada.

• ³⁴ NANCUANTE, Ulises; ROMERO, Andrés y SOTOMAYOR, Roberto; “Régimen Jurídico de la Salud”; Editorial Legal publishing, 2012.

- No concurrencia a sus labores sin causa justificada durante dos días seguidos o un total de tres días en el mes, o la ausencia injustificada, o sin aviso previo, si ello significare un retardo o perjuicio grave para las tareas encomendadas.

- Abandono del trabajo, entendiéndose por tal la salida intempestiva o injustificada del lugar de trabajo durante las horas de desempeño de su labor, sin permiso de quien deba otorgárselo, y la negativa a realizar las labores convenidas en el contrato, sin causa justificada.

- Incumplimiento grave de las obligaciones, deberes y prohibiciones que impone esta ley o deriven de la función para la cual ha sido contratado.

- Necesidades del Establecimiento, que determinará su Director solamente una vez al año, tales como las derivadas de la dotación anual de personal que se fije en la Ley de Presupuestos del Sector Público, de la racionalización o modernización y del cambio de naturaleza de las funciones que haga necesaria la separación de uno o más funcionarios.

- Medida disciplinaria de destitución.

- En los casos de cargos de exclusiva confianza, la terminación del contrato de trabajo se hará efectiva por medio de la petición de renuncia que formulará el Jefe Superior del Establecimiento. Si la renuncia no fuere presentada dentro de las cuarenta y ocho horas de requerida, se declarará vacante el cargo.

d) Indemnización por terminación del contrato

Vimos que una de las causales de terminación son las necesidades del establecimiento.

Dice el estatuto legal del Hospital Padre Hurtado que, si el contrato hubiere estado vigente un año o más y se le pusiere término por necesidades del Establecimiento, debe pagarse al trabajador, al momento de la terminación, una indemnización equivalente a 30 días de la última remuneración mensual devengada por cada año de servicio y fracción superior a seis meses, prestados continuamente al Hospital. Esta indemnización tiene un límite máximo de 330 días de remuneración. Con todo, para los efectos de esta indemnización, no se considerará una remuneración mensual superior a 90 UF del último día del mes anterior al pago, limitándose a dicho monto la base de cálculo.

El trabajador que perciba indemnización no puede ser contratado por el Hospital dentro de los 5 años siguientes al término del contrato.

e) Remuneraciones

Otra de las interesantes novedades de este Hospital, dice relación con las remuneraciones.

Por de pronto, se establece que el sistema de remuneraciones de los trabajadores del Hospital está conformado por una escala de sueldos base mensuales y por asignaciones o bonificaciones permanentes, transitorias, variables o eventuales.

A este respecto, las asignaciones o bonificaciones estarán asociadas a todos o algunos de los siguientes aspectos: experiencia funcionaria, calificación profesional o técnica, desempeño de cargos o funciones directivas o de jefaturas, estímulos a la función, desempeño individual, logro o cumplimiento de metas de gestión institucionales, características del mercado laboral o a otros aspectos vinculados a la gestión.

Los montos o porcentajes de las remuneraciones que se otorguen serán fijados de acuerdo al procedimiento establecido en el artículo 9° del decreto ley N° 1.953, de 1977.

Además, el Director puede establecer un sistema de incentivos de otra naturaleza tales como otorgamiento de uniformes, colación, movilización y cursos de perfeccionamiento. En todo caso, estos incentivos no podrán alterar las obligaciones de los funcionarios.

2.3. La Empresa Autónoma del Estado

1.- En términos generales, puede entenderse que una empresa autónoma del Estado es una organización legal de medios humanos, materiales e inmateriales creada por el Estado o en la que éste tiene aportes, participación o representación preponderante, destinada a la producción de bienes y/o servicios de utilidad pública, y regida al efecto por las normas del derecho común.

2.- En nuestro ordenamiento jurídico estas empresas son verdaderos servicios públicos, en la medida que han sido creadas y dotadas por ley de recursos públicos o de bienes fiscales afectados a la realización de un fin y que quedan sometidas a un régimen jurídico especial, que será público en cuanto se refiere al conjunto de normas relativas a la creación, organización y estructura del ente, pero que será de derecho privado en el orden de regular la actividad que desarrollan.

3.- Sin embargo, entre los elementos que permiten distinguir una empresa pública de un servicio público destaca que en aquellas, el Estado afecta un patrimonio, originalmente fiscal, para crear un ente de naturaleza mercantil, por la especie de bienes o servicios que produce o presta.

Asimismo, las empresas del Estado deben someterse a la libre competencia con los particulares.

4.- Si se pensara en transformar a los Hospitales Públicos en empresas autónomas, deben tenerse presente, además de lo dicho, lo siguiente:

a) La ley respectiva debe ser de quórum calificado, esto es, se requeriría el voto conforme de la mayoría absoluta de los diputados y senadores en ejercicio.

Ello porque estaríamos en presencia del desarrollo de actividades empresariales, cuya autorización requiere este tipo de leyes de acuerdo a la Constitución, lo que también se precisa si se quieren establecer normas especiales, distintas al derecho común, para el desarrollo de dichas actividades empresariales.

b) Si solamente existe autorización para ejercer la actividad empresarial pero la ley no ha establecido un régimen de administración especial, se deberá estar a la Ley de Bases Generales de la Administración del Estado ya que, como dijimos, en la medida que estas empresas son verdaderos servicios públicos, deben someterse básicamente a esta legislación.

En cambio si en la creación de estas empresas, la ley ha regulado el régimen de administración, se deberá estar a lo que dicha ley indique.

Esto es lo que parece aconsejable, pues permitiría una regulación más eficaz de lo concerniente al régimen de recursos humanos, físicos, financieros, etc.

Así, por ejemplo, se podrá establecer que el régimen laboral de los trabajadores sea el Código del Trabajo, el de los funcionarios públicos u otro que se idee.

En materia presupuestaria, se podrá establecer que ella sea la misma de la contabilidad gubernamental, o de la contabilidad privada, u otra que se idee.

Respecto de la participación del Ministerio de Hacienda, podría ser tan intensa como la que hoy existe para los establecimientos públicos; o bien más débil o, incluso, inexistente.

c) Dado que serían servicios públicos, estas empresas deberían estar sometidas a la supervigilancia del Presidente de la República, a través del respectivo Ministerio, salvo que la ley especial que las crea disponga una relación de supervigilancia diversa.

d) Respecto del Control, en principio debiera ser ejercido por la Contraloría General de la República, sin perjuicio de que la ley que los cree disponga un control distinto en cuanto a los límites.

e) Finalmente cabe señalar que se debe respetar el principio de no discriminación que el Estado debe otorgar a los particulares, lo que significa que los Hospitales no podrían recibir subvenciones o recursos adicionales distintos a los que produzcan.

3. Análisis de la proyección de los EAR.

Los escenarios probables de tensión de la red de prestadores públicos ante las diferentes posibilidades de desarrollo de los hospitales autogestionados se presentan a continuación:

3.1. Escenario Uno

En este escenario y con la necesaria confluencia de la voluntad política efectiva del gobierno de turno, radicada en el Ministerio de Salud, de los líderes directivos competentes y capaces de gestionar efectivamente un modelo explícito y exitoso de hospital público y por cierto junto a la voluntad de brindar expresa autonomía presupuestaria y descentralizadora desde el Ministerio de Hacienda; estaríamos en condiciones de completar la correcta implementación de la autogestión hospitalaria. En este caso no requerimos necesariamente cambios legales, a no ser que quisiéramos ampliar las facultades de delegación de autonomía en temas de recursos humanos por ejemplo, pero no por ello resulta fácil de ejecutar. Aquí los desafíos tienen que ver con la compleja articulación y alineamiento de diversas instituciones y sus políticas públicas, a saber:

- El Ministerio de Salud en el desarrollo técnico del modelo hospitalario, su instrumento de evaluación y seguimiento transparentes y sus respectivas políticas públicas en gestión del cambio, de acreditación y certificación de calidad, en inversiones de infraestructura y equipamiento y en incentivos y gestión de los RRHH.
- El Servicio Civil y la SEGPRES para el mejoramiento del proceso de selección y mantención de los altos directivos públicos hospitalarios.
- El Ministerio de Hacienda para entregar real autonomía presupuestaria con incentivos que constituyan premios eficaces a la hora de mantener la condición de establecimiento autogestionado.
- Los Gremios de la salud para configurar con ellos una profunda alianza estratégica por la gestión del cambio cultural de nuestro sistema hospitalario y su respectiva red asistencial, con el fin de preservar y legitimar la acción del sector público prestador.

3.2. Escenario Dos

Solo si se dieran las condiciones políticas razonables y sin tensionar o poner en peligro el escenario anterior, bajo condiciones excepcionales para los nuevos hospitales concesionados de Maipú y la Florida; proponemos incursionar en un proyecto de ley que les otorgue total autonomía hospitalaria a ambos establecimientos, con el fin de ampliar las experiencias de autonomía de los CRS de Peñalolén y Maipú y del Hospital Padre Alberto Hurtado. En todo caso el punto en común obvio que tienen ambos escenarios es el desarrollo y optimización ya descrito sobre el modelo de hospital público chileno. La oportunidad que se abre en este caso es que desde el año 2013 y hasta el 2018 están en proceso de

instalación otros once hospitales concesionados a lo largo del país, para los cuales se debiera aplicar el mismo modelo de hospital público chileno pero en condiciones de plena autonomía.

3.3. Escenario Tres

Siempre y cuando los escenarios anteriores se hayan consolidado exitosamente por lo menos por los próximos cuatro años (2013-2016), podremos estar en condiciones de plantear una reforma de salud más ambiciosa, desde la lógica del financiamiento, que implique la total autonomía de todos nuestros hospitales públicos, si es que una nueva reforma de salud se hiciera posible en torno a los planteamientos hechos por el voto de mayoría de la comisión de reforma de salud del año 2010.

En este caso se requieren más que autogestionados, hospitales autónomos y articulados en red para vender sus servicios a aseguradores públicos y privados de un único sistema de seguridad social en salud. Cualquier tensión política anticipada sin ser capaz de demostrar primero de lo que son capaces de hacer nuestros hospitales públicos autogestionados, resultará infructuosa a causa de las resistencias ya conocidas de los gremios de la salud y de la clase política. Sin embargo, si la ciudadanía es capaz de reconocer las diferencias entre hospitales que funcionan bien y mejor, dada sus condiciones de autogestionados o autónomos concesionados, serán estos mismos ciudadanos los que como lo hicieron con el AUGE en los años 2003 y 2004, harán posible un nuevo cambio y avance en nuestro sistema de salud para beneficio de todos los chilenos.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Informe Comisión Presidencial de Salud, Diciembre 2010, Gobierno de Chile.
- Informe OMS año 2000.
- NANCUANTE, Ulises; ROMERO, Andrés y SOTOMAYOR, Roberto; “Régimen Jurídico de la Salud”; Editorial Legal publishing, 2012.
- Ten Key Principles, for Successful Health Systems Integration. Esther Suter, Nelly D. Oelke, Carol E. Adair and Gail D. Armitage.
- Economía Política de la Reforma de Salud. Edgardo Boeninger. Senador de la República. Libro Reforma de la Salud en Chile: Desafíos de la Implementación, 2007.
- CIEPLAN. El proceso de político de la Reforma de Salud AUGE. Rony Lenz, 2007.
- “Políticas Públicas en Salud: Experiencias y Desafíos en Chile 1990-2010, Una Mirada Económica” en La Paradoja Aparente, editor Patricio Meller, Ed. Taurus. Lenz, Rony (2005).
- Documento del Banco Mundial, Nota de política pública sobre la implementación de la Reforma de Salud Chilena y sus riesgos. Cristian Baeza 2006.
- Manual de Derecho Administrativo, Universidad Nacional Andrés Bello, Patricio Aylwin Azócar, Eduardo Azócar Brunner, pág. 154-155, edición mayo 1996.
- Mario Verdugo y Emilio Pfeffer, Derecho Constitucional, Tomo II, pág. 239, 2ª ed., Editorial Jurídica de Chile, 1999.
- Informe Consolidado nº 183. Evaluación EAR 2009. Ministerio de Salud, Departamento de Auditoría.
- Instrumento de evaluación de autogestionados en red, febrero 2011, Ministerio de Salud. Emilio Santelices et al.
- Estudio de Libertad y Desarrollo: datos disponibles demuestran que autogestión de Hospitales es insuficiente. Autor Rodrigo Castro, 2009.
- Libro “Jornada de Reflexión: Factores que influyen en el ejercicio de la práctica médica”; Agrupación Médicos Clínica Alemana. 2009.
- Sistemas de Pago y Práctica Médica. Teoría y Evidencia Empíricas. Mariangela Leal. OPS 2002.
- La Nueva forma de Gestión Sanitaria. Modelo Alzira. Manuel Marín y Alberto De Rosa. Instituto de Estudios Económicos 2007.
- Innovación en Gestión Hospitalaria en México. El caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad/HRAE. Secretaría de Salud de México. Octubre 2006.
- Hospital Universitario y la Crisis Hospitalaria en Colombia. Juan Carlos Eslava. Gerencia Y políticas de salud, Septiembre 2002. Pontificia Universidad Javeriana Colombia.
- Gestión de Innovación, Desarrollo e Investigación. La perspectiva de un Hospital Privado. La experiencia del Hospital de la Moncloa. Director Carlos Zarco 2010.