



Sobregasto Operacional y Deuda del Sistema Nacional de Servicios de Salud

*Benjamín Ahumada, Manuel Patricio Lagos,
Daniela Sugg Herrera*

Octubre de 2016

ÍNDICE

Autores:

Benjamín Ahumada, Ingeniero Comercial y Magíster en Finanzas de la Universidad Andrés Bello, Analista Presupuestario Sector Salud de la Dirección de Presupuestos.

Manuel Patricio Lagos, Administrador Público de la Universidad de Chile. Asesor en Salud de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

Daniela Sugg Herrera, Ingeniero Comercial de la Universidad de Chile, Magíster en Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Economista del Departamento de Estudios de la Dirección de Presupuestos.

De especial reconocimiento es el valioso aporte que realizaron a este trabajo Juan Andrés Roeschmann G., Jefe del Subdepartamento de Estudios , Jorge Rodríguez C., Subdirector de Racionalización y Función Pública y a Gustavo Rivera U., Subdirector de Presupuestos, todos de la Dirección de Presupuestos, quienes apoyaron la elaboración de este documento.

Todos los derechos reservados

Registro de propiedad intelectual © 271.434

ISBN: 978-956-8123-96-3

Octubre 2016

Diseño editorial: OH! Creativo

INTRODUCCIÓN	4
1. DEUDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	7
1.1. Deuda por Servicio de Salud y Hospitales Autogestionados	8
2. SOBREGASTO OPERACIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD	12
2.1. Sobregasto Operacional	12
2.1.1. Gasto en Personal	14
2.1.2. Gasto en Bienes y Servicios de Consumo	17
2.1.3. Financiamiento del Sobregasto Operacional	20
3. ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS EN LOS SERVICIOS DE SALUD	22
4. FACTORES QUE DETERMINAN EL GASTO OPERACIONAL Y SU CRECIMIENTO EN LA PRODUCCIÓN ASISTENCIAL	25
4.1. Gasto Operacional por Grupo de Prestaciones Asistenciales	26
4.1.1. Gasto y Producción Asistencial	27
4.1.2. Capacidad y Complejidad de la Producción Asistencial Hospitalaria	28
4.1.3. Modelo Asistencial desde la Mirada de la Atención de Urgencia	32
4.2. Fenómeno Demográfico del Envejecimiento	34
4.3. Cambio en el Perfil Epidemiológico	35
4.4. Incorporación de Nuevas Tecnologías Sanitarias	37
4.5. Mecanismos Complementarios de Contratación de Personal Sanitario	38
5. CONCLUSIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	44

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Servicios de Salud ha presentado permanentemente un mayor gasto respecto al asignado a través de la Ley de Presupuestos del Sector Público, en particular, en el gasto en personal (subtítulo 21) y bienes y servicios de consumo (subtítulo 22). Durante los años 2008 a 2015 se alcanzó en promedio un sobregasto de 7,2%, llegando a un máximo en el año 2015 de 9,5%.

El sobregasto, el diferencial entre el gasto devengado y el presupuesto vigente, ha tenido como reflejo la llamada “deuda hospitalaria”, correspondiente al gasto devengado pero no pagado. Ésta se ha traducido en el no pago oportuno a proveedores, en particular, de las compras efectuadas en el subtítulo 22, ya que se ha privilegiado el pago de los compromisos remuneracionales. La deuda, al igual que el gasto operacional, ha tenido un comportamiento al alza, alcanzando en 2015 un máximo de \$255.131 millones, siendo el promedio anual del período 2008-2015 cerca de unos \$100.000 millones.

La situación del sobregasto y deuda se han transformado en unas de las principales preocupaciones de evaluación política y técnica de la gestión de los gobiernos en Salud. También ha tenido consecuencias para la administración financiera del Estado, tanto por la necesidad de contar con mayores recursos a los disponibles, haciendo uso de fondos, reasignaciones presupuestarias u otras fuentes alternativas de financiamiento, como por la necesidad de revisar los mecanismos de presupuestación y transferencias al Sector Salud.

El problema del financiamiento del Sector Público de Salud tiene fuertes implicancias en los usuarios del sistema sanitario, en la gestión política y una fuerte resonancia en los medios de comunicación. En la práctica, la discusión se ha polarizado en dos posturas: 1) la insuficiencia de recursos sumada a una deficiente asignación de los mismos y 2) fallas en la gestión por parte de los directivos de salud. No obstante, esta visión de buscar “quién es el culpable”, no ayuda a comprender que este problema es en realidad multifactorial y tampoco aporta a la solución del mismo.

El Protocolo de Acuerdo que acompañó el despacho del proyecto de Ley de Presupuestos del Sector Público para 2015, firmado el 18 de noviembre de 2014, entre el Ministerio de Hacienda y un conjunto de Parlamentarios estableció, en base a los presentes niveles de deuda que muestran los Servicios de Salud, la necesidad de elaborar un estudio sobre los aspectos tanto de gestión y recursos, como aquellos referidos a los factores generadores de la deuda que enfrentan los Servicios de Salud y los centros hospitalarios.

En este contexto, este reporte tiene por objeto dar cuenta del fenómeno de la deuda hospitalaria, en especial del sobregasto operacional del Sistema Nacional de Servicios de Salud que determina dicha deuda, adoptando como serie de tiempo para el análisis el período 2008-2015. Además, se analizan los factores que lo determinan, por una parte, los presupuestarios que tienen relación con la asignación de recursos, en vista que la medida de sobregasto se obtiene de comparar el presupuesto asignado con el gasto devengado, y por otra, los no presupuestarios, clasificados en los factores demográficos (envejecimiento de la población y cambio epidemiológico) y no demográficos.

La determinación del impacto que tiene cada uno de los factores en explicar el sobregasto operacional y el crecimiento del gasto en salud no es posible de efectuar por el momento, ya que los sistemas de información nacionales no capturan la información necesaria para la realización de una estimación

empírica. Sin embargo, a través de un análisis teórico y práctico es posible comprender y aproximarse a la relevancia que tiene cada uno de ellos en el fenómeno en cuestión. El enfoque empleado, aún cuando tenga sus limitaciones, permite ampliar la discusión e identificar posibles soluciones para cada una de las causas o fallas evidenciadas.

Cabe precisar que el análisis de los factores presupuestarios y no presupuestarios nos permite entender la dirección de los efectos de cada factor y, en algunos casos, su relevancia relativa. En el caso de los primeros, son las formas de asignación de recursos y los incentivos derivados los que afectan la magnitud del sobregasto en el corto plazo. En los segundos, el análisis realizado sólo nos permite explicar la tendencia del crecimiento del gasto y no el fenómeno particular analizado para los años 2008-2015.

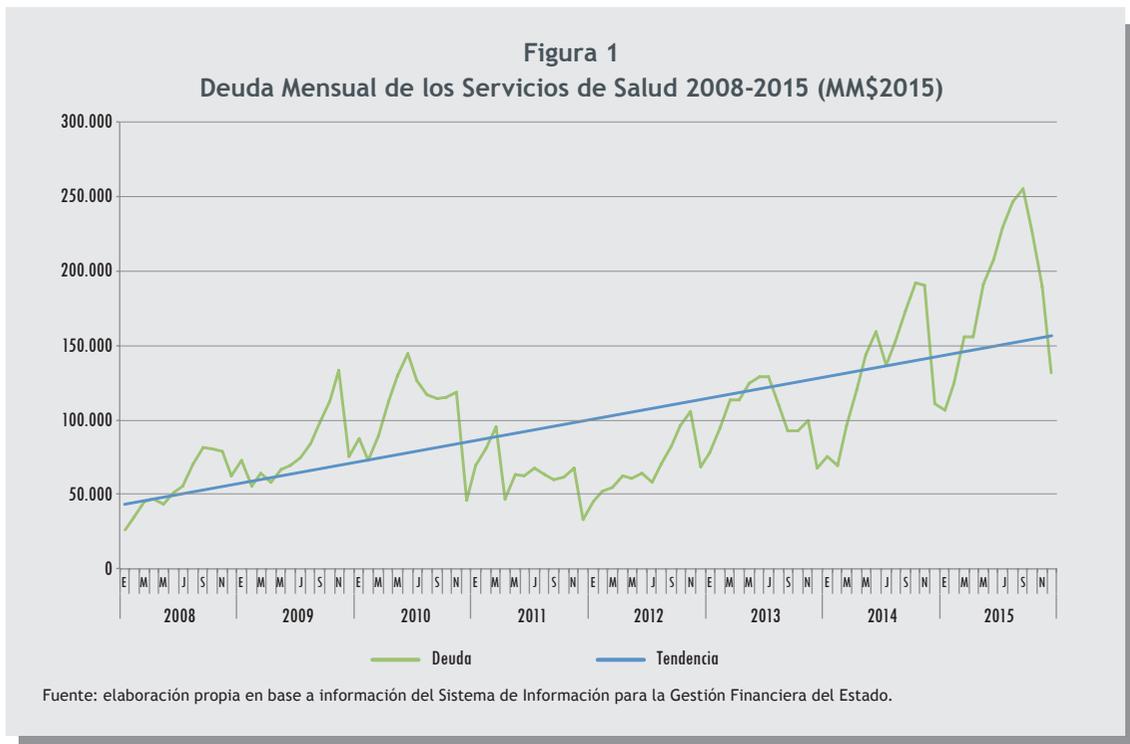
Para el propósito antes indicado, el documento se estructura en cinco secciones: La sección 1 presenta y analiza el fenómeno de la deuda hospitalaria; la sección 2 describe la evolución financiera, presupuestaria y los niveles de sobregasto operacional de los Servicios de Salud en el período 2008-2015, profundizando en el comportamiento del gasto de los subtítulos 21 y 22; las secciones 3 y 4 describen y analizan los factores que determinan y explican el sobregasto operacional. En particular, la sección 3 discute los mecanismos de asignación y transferencias de recursos al Sistema Nacional de Servicios de Salud, mientras que la sección 4 identifica y analiza los factores demográficos y no demográficos inductores del crecimiento del gasto operacional; y por último, la sección 5 resume las principales conclusiones del estudio y sugiere algunos lineamientos de acción.

1. DEUDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La deuda hospitalaria responde a un concepto financiero y es la diferencia entre el total del gasto devengado y el monto total pagado por los Servicios de Salud en todos los subtítulos de gasto presupuestario. Se presenta principalmente en el subtítulo 22 (bienes y servicios de consumo), con más del 98% de la misma, estando el resto en el subtítulo 21 (gasto en personal) y 34 (servicio de la deuda).

La concentración de la deuda hospitalaria en el subtítulo 22, se debe a que es posible por parte de los Servicios de Salud, y sus respectivos hospitales, posponer en mayor medida el pago a los proveedores, ya que de lo contrario, tendrían que retrasar al mismo tiempo el pago de remuneraciones, lo que en términos administrativos y legales, es bastante más complejo. De esta manera, los establecimientos de salud dejan de cumplir sus obligaciones con las facturas comprometidas en el subtítulo 22 ya sea porque su presupuesto aprobado no da cuenta del nivel de gasto efectivo que generan y/o con la finalidad de disponer de recursos adicionales para el subtítulo 21.

La Figura 1 muestra la evolución de la deuda durante el período 2008-2015. Como tal, refleja su estado en un determinado momento del tiempo. En el período analizado la tendencia general de la deuda es al alza, aunque se producen reducciones considerables de la misma en el mes de diciembre de cada año, lo que responde a la inyección de recursos extraordinarios por parte del Ministerio de Hacienda para el pago de la deuda crítica.



La deuda promedio en 2015 ascendió a \$184.850 millones, dando cuenta de un incremento real anual de un 18% entre los años 2008-2015. Por su parte, tal como se indica en el Cuadro 1, la deuda máxima en 2015 fue de \$255.131 millones, la más alta de todos los años analizados. Luego de los aportes extraordinarios realizados para el pago de deuda a diciembre de 2015, la resultante fue de \$131.477 millones, que entonces se arrastra para 2016.

Cuadro 1
Indicadores de Deuda 2008-2015 (MM\$ de 2015)

Deuda 2008-2015 (MM\$ de 2015)								
Indicador	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Deuda Promedio Anual	56.342	80.455	106.213	64.300	68.484	103.678	134.963	184.850
Máximo Nivel de Deuda	81.388	133.717	144.555	95.559	105.698	129.150	191.718	255.131
Mínimo Nivel de Deuda	25.997	55.416	46.327	32.965	45.569	68.027	69.366	106.257

Fuente: elaboración propia en base a información del Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado.

1.1. Deuda por Servicio de Salud y Hospitales Autogestionados

La deuda hospitalaria se considera un problema crítico cuando alcanza niveles que comprometen la operación normal, tanto de los establecimientos de salud como de los mismos Servicios de Salud. Es por esto que se realizó un análisis de los niveles máximos de deuda y su criticidad, medido por el Índice de Criticidad (IC) definido en el Recuadro 1, tanto a nivel de Servicios de Salud como de establecimientos autogestionados para 2010-2015¹. Para el análisis de la criticidad de la deuda se consideró como variables de evaluación, en primer lugar, el promedio de los máximos anuales del IC para los años 2010-2015 que obtuvieron los Servicios de Salud en dicho período de análisis, lo que da señales de la continuidad del problema de la deuda en el período y, por otra parte, el máximo IC que registraron durante el año 2015 para considerar la vigencia del problema.

RECUADRO 1 ÍNDICE DE CRITICIDAD DE DEUDA

Representa la relación entre el monto de la deuda hospitalaria y el duodécimo del presupuesto de gasto del subtítulo 22 (Bienes y Servicios de Consumo). El indicador representa el número de meses del gasto presupuestado que se encuentra comprometido a través de la deuda. Se ha convenido que un índice de 1,5 meses de gasto en deuda es manejable y es equivalente a 45 días de antigüedad de la deuda. Este índice es elaborado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Minsal y es validado por la Dipres.

La siguiente fórmula refleja el IC:

$$\text{Índice de Criticidad (IC)} = \frac{\text{Deuda Hospitalaria}}{\left(\frac{\text{Presupuesto Vigente Subt.22}}{12} \right)}$$

¹ Para este efecto se acota el periodo de análisis tomando como base el año 2010, dado por la falta de disponibilidad de información desagregada a nivel de Servicios de Salud y Establecimientos, necesaria y confiable para años 2008 y 2009.

Al analizar la deuda hospitalaria a nivel de los Servicios de Salud, los datos nos indican que cerca de un 65% de la deuda máxima se concentra en 10 Servicios de Salud, de un total de 29 Servicios de Salud y 3 Establecimientos Experimentales. Si bien es cierto que estos 10 Servicios no son exactamente siempre los mismos, variando también la posición en la clasificación de los más endeudados en cada año, se observa un alto nivel de permanencia en la nómina por parte de los Servicios de Salud que concentran los mayores montos de deuda.

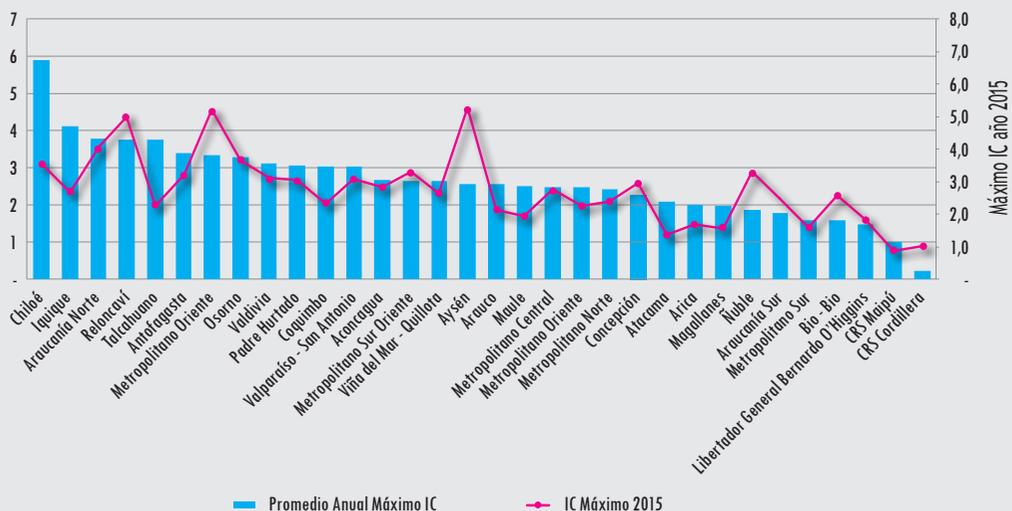
En efecto, los Servicios de Salud Metropolitano Norte y Viña del Mar - Quillota están presentes en esta categoría durante los 6 años estudiados, mientras que los Servicios de Salud Metropolitano Oriente, Sur-Oriente, Occidente y Central y de Concepción están presentes en 5 oportunidades, tal como se indica en la Figura 2. Se destaca que los Servicios con mayor nivel de deuda son los de la Región Metropolitana, situación que no ha variado en los últimos años. Con todo, esta mayor deuda no necesariamente implica un mayor índice de criticidad de la misma, pues ello depende del presupuesto asignado al respectivo Servicio de Salud.



Complementariamente, al evaluar la criticidad de la deuda de los Servicios de Salud se observa en la Figura 3 que los que han acumulado un mayor nivel de deuda crítica entre 2010 y 2015 (con promedios anuales por sobre los 3 meses de gasto promedio de operación), han sido los Servicios de Chiloé, Iquique, Araucanía Norte, Reloncaví y Talcahuano, los que a excepción de Reloncaví, no son los mismos que presentan los mayores niveles de endeudamiento.

Además, la Figura 3 muestra que entre los Servicios de Salud que mantuvieron mayores problemas durante 2015, comprometiendo hasta 5 veces el presupuesto asignado inicialmente en el subtítulo 22, destacan los Servicios de Aysén, Metropolitano Occidente y Reloncaví, donde estos dos últimos son a su vez Servicios que presentaron mayores problemas de deuda entre 2010-2015.

Figura 3
Servicios con Mayor Índice de Criticidad de Deuda entre los años 2010-2015



Fuente: elaboración propia en base a información del Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado.

Con el objeto de evaluar la casuística hospitalaria, se realizó un ejercicio similar al anterior pero para los Hospitales Autogestionados, los que capturan más del 90% de la deuda hospitalaria. Se evidencia, según lo observado en la Figura 4, que existe una mayor dispersión entre los hospitales que entran en la categoría de los 10 más endeudados en el período 2010-2015.

Sin embargo, la situación de la deuda pareciese ser más bien estructural para los Hospitales San José (R.M., Independencia), San Juan de Dios (R.M., Santiago), Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción) y Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca), ya que en 5 de los 6 años estudiados se encuentran entre los hospitales más endeudados. Luego, le siguen los Hospitales Del Salvador (R.M., Providencia) y Carlos Van Buren (Valparaíso), con una reincidencia de 4 veces.

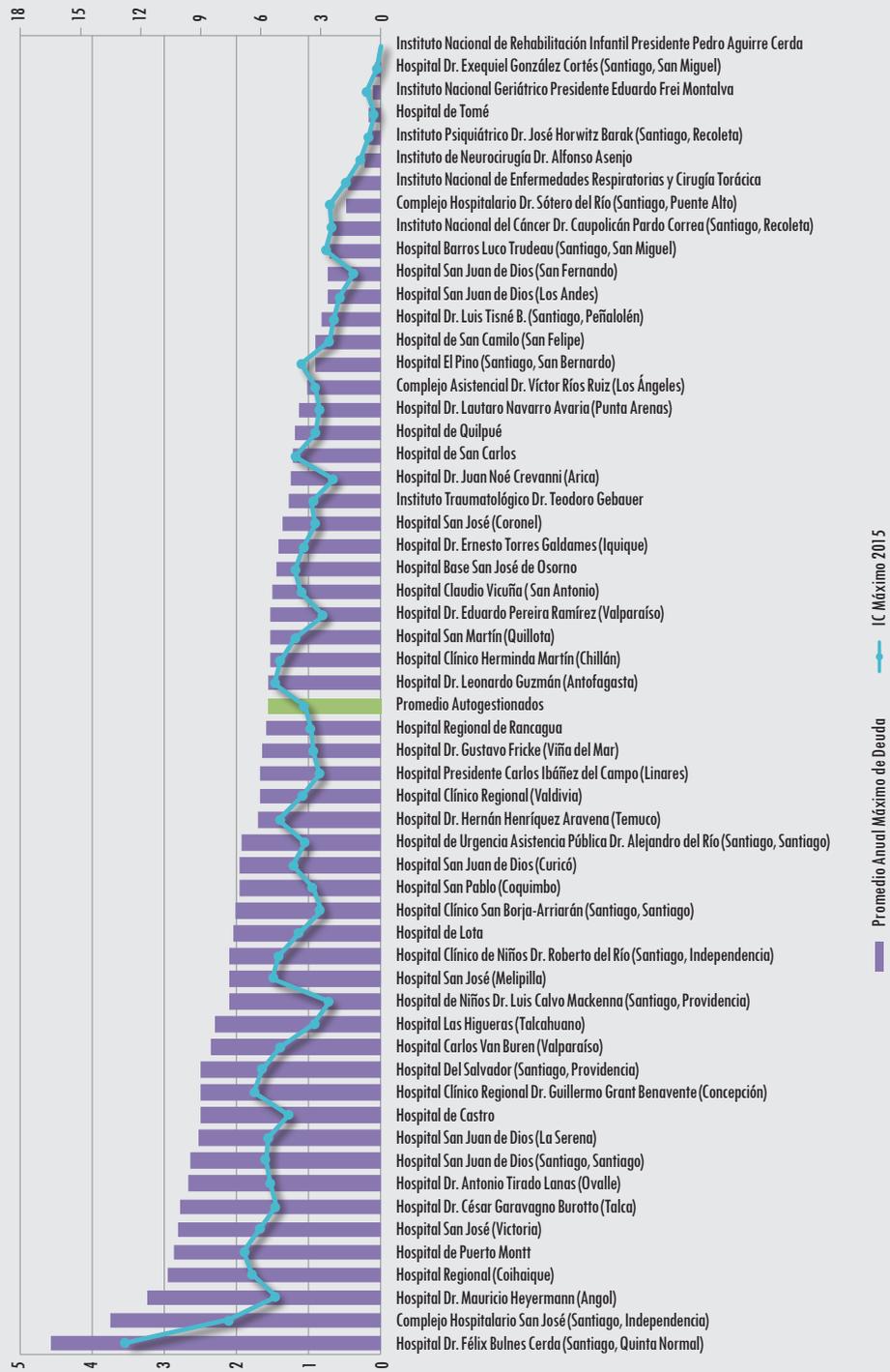
Por su parte, al evaluar el IC máximo promedio año para 2010-2015 y el máximo para 2015, destacan los establecimientos pertenecientes a los Servicios de Salud que presentaban un alto y crítico endeudamiento, como por ejemplo, el Hospital Félix Bulnes del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, que obtuvo un IC máximo en 2015 que alcanzó los 12 meses de su presupuesto inicial del subtítulo 22 en los meses de septiembre y octubre de ese año. Así mismo, los establecimientos que le siguen en relación a la criticidad de la deuda fueron el Hospital San José (Metropolitano Norte), de Angol (Araucanía Norte), Coyhaique (Aysén) y el de Puerto Montt (Reloncaví).

Cabe destacar que, de los 57 establecimientos autogestionados, 51 alcanzaron índices de criticidad máximos, por sobre el promedio del índice de los Servicios de Salud durante el año 2015 (promedio 2,5). Esto demuestra que son los establecimientos Autogestionados, en su mayoría, los de mayor complejidad de su respectiva red, en los que recaen el mayor peso que genera la deuda hospitalaria.

En vista de que casi todos los hospitales y servicios de salud presentan deuda en algún momento del año y que la gravedad, tanto en términos de magnitud como de su criticidad, presenta un comportamiento reiterativo, se puede pensar que esta situación no responde sólo a eventos fortuitos y/o estacionales, sino que más bien es una consecuencia tanto de los mecanismos de asignación de recursos y formulación del presupuesto anual, como de los factores inductores del gasto que afectan de manera distinta a cada unidad de análisis².

2 No se cuenta con evidencia para determinar el efecto que tiene la gestión hospitalaria en la deuda.

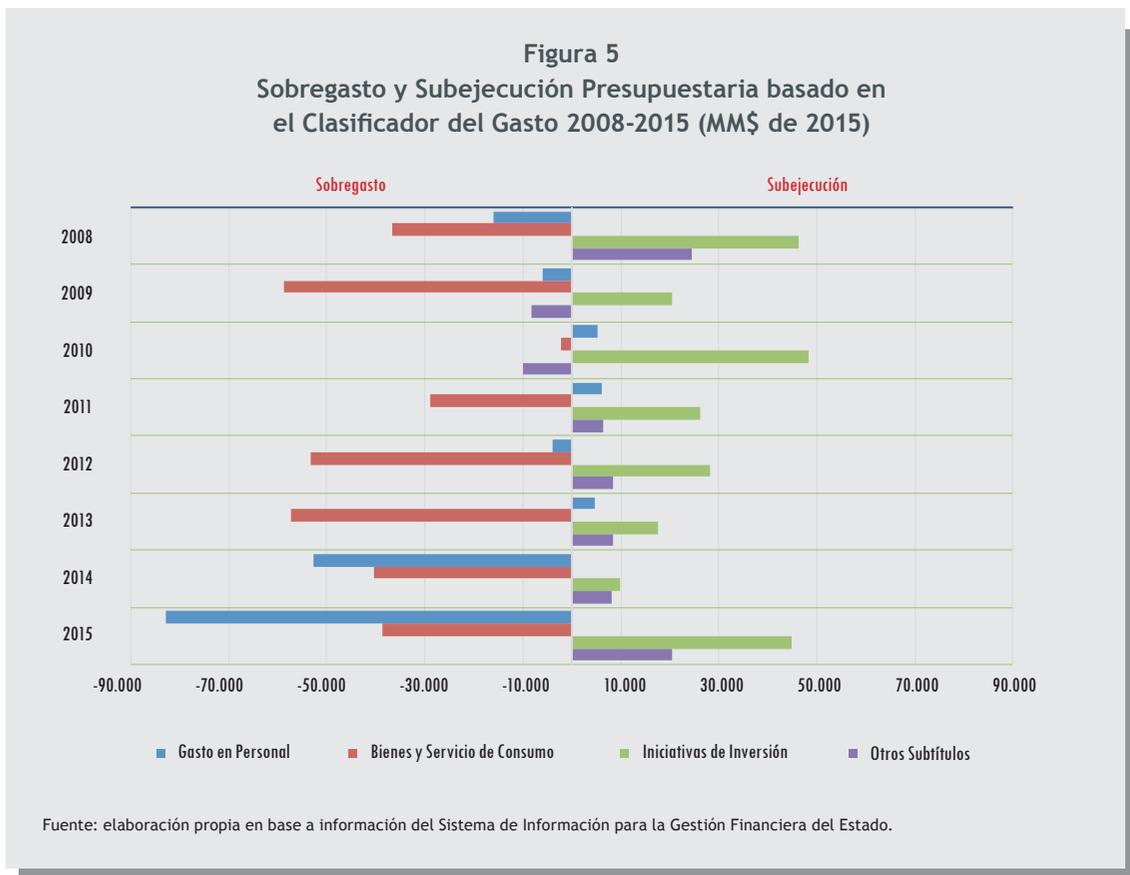
Figura 4
Hospitales Autogestionados con Mayor Índice de Criticidad de Deuda entre 2010-2015



Fuente: elaboración propia en base a información del Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado.

2. SOBREGASTO OPERACIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El sobregasto corresponde a la diferencia existente entre el mayor gasto devengado respecto del presupuesto vigente, que incluye las modificaciones presupuestarias realizadas durante el año en curso a la Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año. La Figura 5 muestra los niveles de sobregasto y subejecución presupuestaria, en los Servicios de Salud, según categoría del gasto definida en la Ley de Presupuestos, estando el sobregasto radicado en los subtítulos de gasto en personal y de bienes y servicios de consumo. Como contrapartida, todos los años se observa una subejecución en iniciativas de inversión.



2.1. Sobregasto Operacional

Para los fines del presente estudio, se definirá gasto operacional como el gasto devengado de los subtítulos 21 y 22. Se consideran estos subtítulos ya que corresponden al gasto corriente en el que se incurre para la producción asistencial y es en éstos donde se encuentra el sobregasto al cierre de cada año presupuestario³. Cabe recordar que el análisis se centra en los Servicios de Salud y se excluyen otras entidades dependientes del Minsal.

La Ley de Presupuestos del Sector Público de cada año, contiene una base presupuestaria inercial más las expansiones de gasto autorizadas correspondientes a programas por desarrollar durante el ejercicio, como por ejemplo cierre de brechas y costos asociados a la operación de nuevos hospitales. Adicionalmente, en el transcurso del año se suman a dicho presupuesto los aportes para el pago de Asignaciones, Bonos y Reajustes, además de los recursos extraordinarios (pago de la deuda) y reasignaciones presupuestarias. La suma de todos estos componentes es lo que constituye el presupuesto vigente.

El presupuesto vigente Operacional y el gasto operacional representan cerca del 66% del presupuesto y del gasto del sector salud (promedio del período 2008-2015). A su vez, el presupuesto y gasto del subtítulo 21 presenta una participación del 59% del total del gasto operacional. El presupuesto vigente del gasto operacional alcanzó en 2015 un total de \$3.315.468 millones, con un incremento real de \$1.649.710 millones respecto de 2008. Por su parte, el gasto operacional en 2015 ascendió a \$3.436.887 millones reflejando un incremento real de casi 89% respecto de 2008 (Cuadro 2).

Cuadro 2
Presupuesto Vigente y Gasto Operacional 2008-2015 (MM\$2015)

Item	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Presupuesto Vigente Operacional	1.665.759	1.982.496	2.203.850	2.321.761	2.489.190	2.776.209	3.054.867	3.315.468
Gasto en Personal	1.061.562	1.277.073	1.376.240	1.428.600	1.549.362	1.699.620	1.796.045	1.953.630
Bienes y Servicios de Consumo	604.197	705.424	827.610	893.162	939.828	1.076.589	1.258.822	1.361.838
Gasto Operacional	1.718.538	2.047.336	2.200.787	2.344.629	2.546.464	2.828.987	3.148.010	3.436.887
Gasto en Personal	1.077.598	1.283.051	1.370.955	1.422.460	1.553.263	1.695.058	1.848.703	2.036.550
Bienes y Servicios de Consumo	640.940	764.285	829.832	922.170	993.201	1.133.930	1.299.307	1.400.337

Fuente: elaboración propia en base a información del Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado.

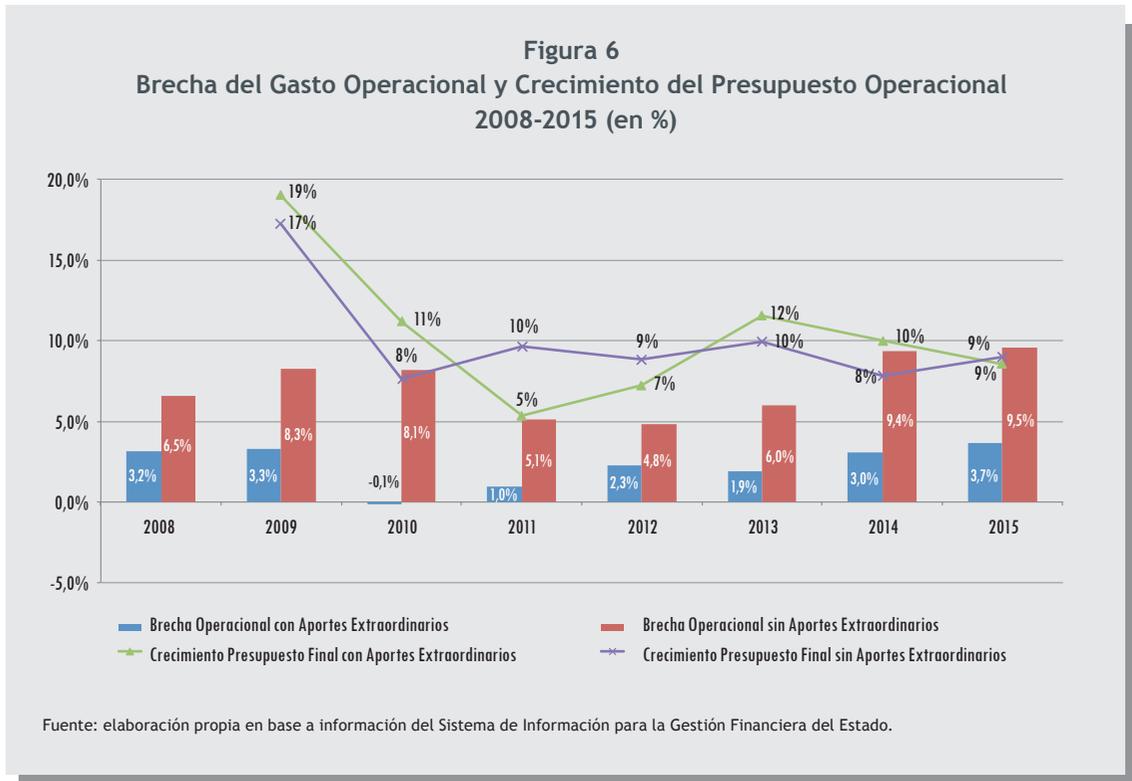
Las brechas financieras que surgen entre el presupuesto vigente y el gasto operacional se ven atenuadas producto de los aportes extraordinarios que se han realizado durante el período para financiar la deuda. Por lo anterior es que la magnitud de la brecha también se calcula utilizando el presupuesto vigente sin incorporar dichos aportes extraordinarios.

La Figura 6 muestra la evolución de la brecha, calculada con el presupuesto vigente con aportes y sin aportes extraordinarios, y el crecimiento anual del presupuesto vigente en el período 2008-2015. Éste último presenta para cada uno de los años, medido con o sin los aportes extraordinarios, un crecimiento real promedio de 9%, no obstante este incremento no ha sido suficiente para compensar el incremento del gasto⁴.

3 La definición presupuestaria del gasto operacional corresponde al gasto en personal (subtítulo 21), en bienes y servicios de consumo (subtítulo 22), y adquisición de activos no financieros (subtítulo 29), se excluyen los gastos relacionados con Proyectos de Inversión, Atención Primaria Municipal y Fondo de Incentivo al Retiro (FIR).

4 Se destaca que el crecimiento real anual entre 2008-2015 del presupuesto vigente operacional del Sector Público fue de un 7%, inferior al del Sector Salud.

Tal como se observa, la brecha sin aportes no muestra un crecimiento uniforme en el tiempo ya que presenta una reducción en 2011 y 2012, producto de la incorporación de cerca de \$90.000 millones a la base presupuestaria para disminuir el sobregasto. Sin embargo, para los años que le siguen la brecha se ha ido incrementado alcanzado un máximo de 9,5% en 2015. No obstante, la Dipres en conjunto con Minsal han logrado mediante la incorporación de aportes extraordinarios y reasignaciones del mismo sector mantener en torno al 3% la brecha financiera de los Servicios de Salud, aún cuando también presenta un crecimiento sostenido desde 2013 a la fecha.



2.1.1. Gasto en Personal

El gasto en Recursos Humanos alcanzó en 2015 un total de \$2.036.550 millones, presentando un crecimiento real entre 2008-2015 de un 89%. Se destaca el crecimiento del gasto en honorarios y otras remuneraciones de 314% y 612% respectivamente. El detalle del gasto por asignación de este subtítulo se presenta en el Cuadro 3⁵, donde las remuneraciones fijas (remuneraciones para el personal médico y no médico) representan más del 70% del gasto del subtítulo 21 mientras que las variables 22%. Por lo mismo, el énfasis de este apartado estará en estos dos componentes.

5 El detalle de la composición de las asignaciones del subtítulo 21 se encuentra disponible en las instrucciones para la ejecución de la Ley de Presupuestos de cada año. Disponible en www.dipres.cl

Cuadro 3
Apertura Subtítulo 21, 2008-2015 (MM\$2015)

Asignación Subtítulo 21	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Remuneraciones Personal Médico	315.630	365.992	400.621	422.465	455.272	498.014	533.114	590.791
Remuneraciones Personal No Médico	473.831	587.716	611.659	643.566	697.839	744.879	794.406	846.785
Remuneraciones Variables	201.388	252.868	261.929	266.098	297.694	329.778	372.327	438.665
Honorarios	40.557	56.469	59.853	63.117	80.234	98.175	125.024	167.885
Trabajos Extraordinarios	117.166	142.127	145.818	148.808	160.206	167.425	174.220	183.319
Suplencias y Reemplazos	43.665	54.272	56.258	54.173	57.254	64.178	73.083	87.461
Otras Remuneraciones (Viáticos, traslados, otros)	6.945	7.572	8.225	8.182	8.928	11.251	34.232	49.471
Bonos e Incentivos	79.804	68.903	88.520	82.148	93.530	111.135	114.625	110.838
Incentivos	39.501	42.323	45.748	46.710	50.802	57.092	54.605	55.743
Bonos	40.304	26.580	42.772	35.438	42.728	54.043	60.020	55.058
Total Gasto Subtítulo 21	1.077.598	1.283.051	1.370.955	1.422.460	1.553.263	1.695.058	1.848.703	2.036.550

Fuente: elaboración propia en base a información del Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado.

En el subtítulo 21 se dispone, a través de glosas en la Ley de Presupuestos del Sector Público, la dotación máxima autorizada para cada Servicio de Salud, tanto de personal médico como no médico (Recuadro 2).

Al considerar los cargos autorizados en la Ley, excluyendo de este análisis al personal que se desempeña en los Establecimientos Experimentales, y su gasto devengado respectivo⁶, se obtiene que el gasto del personal médico (Leyes N°15.076 y N°19.664) se incrementó en un 89% real entre 2008-2015, mientras que el del resto del personal (Ley N°18.864) en un 79%.

El incremento del gasto total (G) se puede descomponer en la variación de las remuneraciones o precios (P) y de la dotación (Q) valorizada, tal como se señala en la fórmula a continuación:

$$\frac{G_t - G_{t-1}}{G_{t-1}} = \frac{P_t(Q_t - Q_{t-1})}{P_{t-1} * Q_{t-1}} + \frac{P_t - P_{t-1}}{P_{t-1}}$$

Utilizando la expresión anterior se obtiene que para el caso del gasto en el personal médico, 32 puntos porcentuales del crecimiento se explican por la variación de las remuneraciones y el resto por la variación de la dotación valorizada a precios relativos. Así mismo, para el personal no médico, 44 puntos porcentuales de la variación del gasto se deben al incremento de las remuneraciones. Se debe tener presente que tan sólo por concepto de reajuste de las remuneraciones del sector público, en términos reales, la variación en el mismo período de análisis fue 22,8% y por lo tanto, lo que resta para alcanzar las variaciones antes señaladas se explican por nuevas bonificaciones, asignaciones y otras modificaciones remuneracionales realizadas.

Se debe precisar que los cargos efectivos varían mes a mes durante el año, y por tanto difieren de los cargos otorgados en la Ley. Las diferencias se deben principalmente a la dificultad actual de completar las dotaciones autorizadas debido a los mecanismos vigentes de contratación y también a la alta rotación del personal, por la fuerte competencia tanto con el Sector Privado de Salud como también al interior de la Red Pública de Salud.

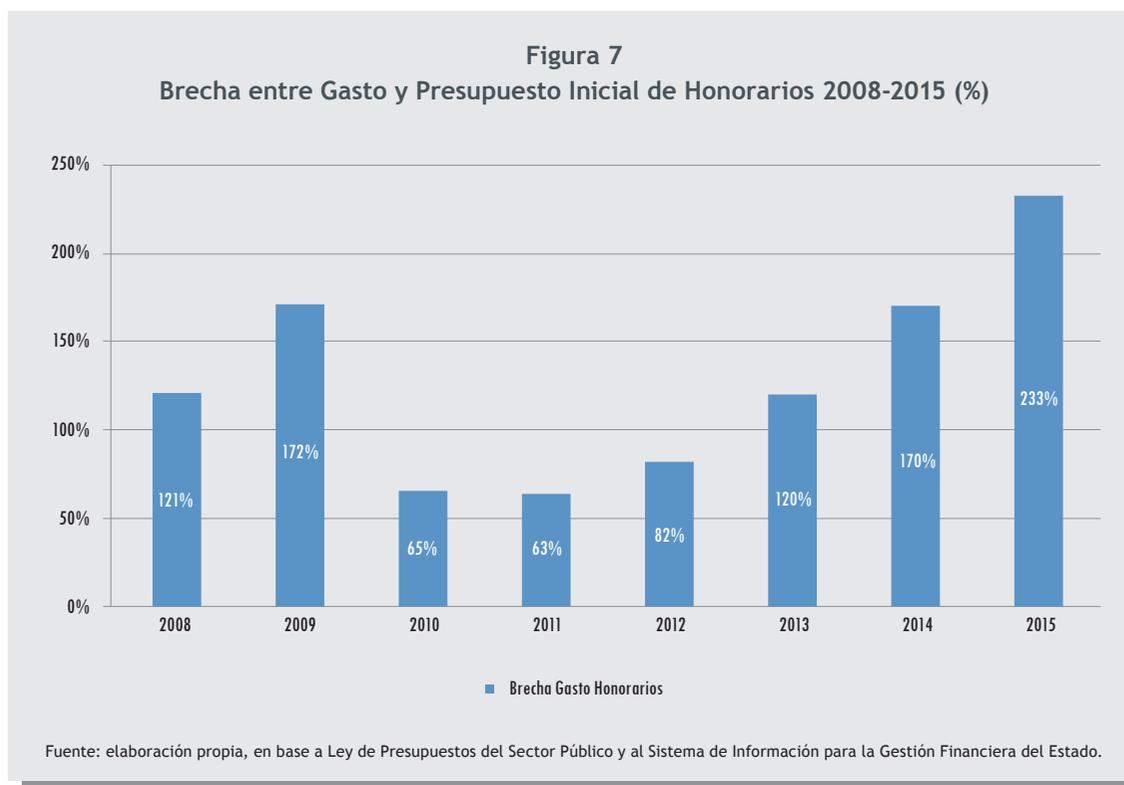
6 Al excluir los establecimientos Experimentales, el gasto asociado corresponde a un 98% del total del subtítulo 21.

Recuadro 2 Estatutos tradicionales de contratación en el sector Público Salud

A continuación se describe brevemente las leyes de contratación que aplican para el sector salud.

- **Ley N°15.076:** estatuto para los médicos-cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bio-químicos y cirujanos dentistas contratados en jornadas de 28 horas semanales con la característica de hacer residencia en los Establecimientos.
- **Ley N°19.664:** estatuto para los médico-cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bio-químicos y cirujanos dentistas contratados en jornadas de hasta 44 horas semanales en horario Diurno, ya sea en los Establecimientos Hospitalarios o en Direcciones de Servicio de Salud.
- **D.F.L N°29, N°30 y N°31, todos de 2001:** estatuto que regula la contratación de personal médico y no médico de los Establecimientos Experimentales de Salud (Hospital Padre Alberto Hurtado y Centro de Referencia de Salud Cordillera y Maipú).
- **Ley N°18.834:** estatuto que regula la contratación del personal (Profesional, Técnico y Administrativo) de la Administración Central.

Dentro de las remuneraciones variables, el ítem más importante es el gasto en honorarios, el cual se encuentra establecido mediante glosa presupuestaria. Es acá donde se observa el mayor problema de desconexión entre gasto devengado y presupuestado (presupuesto inicial sin reasignaciones y/o aportes extraordinarios). Como se puede observar, en la Figura 7, las brechas entre el gasto y presupuesto inicial que surgen han sido crecientes desde el 2010, alcanzando un máximo de 233% en 2015. Por otra parte, se destaca que entre 2008-2015 el crecimiento del gasto (variación acumulada en el período de 317%) ha sido mayor que el crecimiento del presupuesto asignado (variación acumulada en el período de 175%).



El concepto de honorarios, y es lo que se intenta reflejar presupuestariamente, constituye un mecanismo de contratación transitorio y/o para eventualidades, y es por ello que su presupuesto es acotado. Ahora bien, al evaluar las brechas se puede suponer, por una parte, que lo presupuestado subestima las necesidades de personal de las redes de salud y que son definidas en cada Ley de Presupuestos. Y por otra parte, que la contratación mediante honorarios otorga a los establecimientos la posibilidad de generar mecanismos de retención para el personal y/o complementarios con fines permanentes y no transitorios.

Respecto de esto último, una persona puede tener múltiples contratos con el mismo o distintos establecimientos, siempre y cuando su contrato de trabajo no imponga exclusividad en su función y lugar de desempeño y, a su vez, puede estar siendo considerada una forma de contratación más atractiva, ya que permite flexibilidad en la fijación del precio, pudiendo resultar con ello un valor-hora superior al que se obtiene a través de los mecanismos de contratación tradicionales (leyes médicas). Este tema será discutido en mayor detalle en la sección 4.5.

2.1.2. Gasto en Bienes y Servicios de Consumo

El gasto en bienes y servicios de consumo (subtítulo 22) ha aumentado su participación en el gasto operacional, pasando de un 37% en 2008 a un 41% en 2015. En particular, el crecimiento de este gasto, en el mismo período, ha aumentado un 118%, alcanzando en 2015 los \$1.400.337 millones.

Un 69% del gasto total del subtítulo 22 responde a gastos directos, constituidos por aquellos que se encuentran principalmente relacionados con la atención de pacientes y con el volumen de producción.

El resto corresponde a gastos indirectos, asociados a capacidad instalada⁷.

En el Cuadro 4 se observa que tanto la distribución del gasto entre componente directo e indirecto como a nivel de asignaciones no ha sufrido mayores variaciones en el período analizado. Cabe destacar que en el grupo de gastos directos, las compras farmacéuticas (34% del total del gasto del subtítulo) son las más relevantes e influyentes en la determinación del gasto.

Cuadro 4
Apertura y Participaciones Relativas de Bienes y Servicios de Consumo
(Subtítulo 22), 2008-2015 (%)

Asignación Subtítulo 22	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gasto Directo	67%	69%	68%	72%	70%	71%	71%	69%
Productos Farmacéuticos	30%	32%	32%	37%	35%	34%	33%	34%
Compra de Prestaciones	10%	11%	10%	10%	10%	10%	10%	11%
Materiales Quirúrgicos	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
Productos Químicos	14%	15%	16%	14%	14%	16%	16%	15%
DFL 36	2%	2%	1%	1%	1%	1%	2%	0%
Rebalse Ley de Urgencia	6%	5%	5%	4%	4%	5%	4%	4%
Gasto Indirecto	33%	31%	32%	28%	30%	29%	29%	31%
Alimentación	4%	4%	4%	3%	4%	3%	3%	4%
Vestuario y Calzado	1%	1%	1%	0%	1%	0%	0%	1%
Otros Gastos Fijos	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Combustibles y lubricantes	3%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	1%
Servicios Básicos y Generales	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%
Materiales y Útiles de Oficina	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Lavandería	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Mantenimiento y Reparaciones	7%	7%	8%	5%	5%	5%	5%	6%
Arrendos y Seguros	2%	2%	2%	2%	2%	2%	3%	3%
Asesorías e Informática	2%	2%	2%	2%	3%	3%	3%	4%
Total Gasto Subtítulo 22 (MM\$ de 2015)	640.940	764.285	829.832	922.170	993.201	1.133.930	1.299.307	1.400.337

Fuente: elaboración propia en base a información del Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado.

Aún cuando la participación relativa a nivel general y particular no ha sufrido cambios en el tiempo, sí se observan cambios significativos en términos absolutos, tanto en la compra de productos farmacéuticos (de \$189.109 millones en 2008 a \$475.490 millones en 2015), materiales quirúrgicos (de \$63.156 millones en 2008 a \$149.985 millones en 2015) y compra de prestaciones (de \$92.004 millones en 2008 a \$213.829 millones en 2015).

- **Gasto del ítem Productos Farmacéuticos:** un 83% se explica por la compra efectiva de fármacos. Por tanto y considerando que anualmente este gasto se incrementa en un 14% real, es de gran interés contar con mejores herramientas que permitan generar una adquisición y compra eficiente de este tipo de productos por parte de los establecimientos de salud. Para lo anterior, será necesario analizar, y posiblemente mejorar, tanto los mecanismos de toma de decisiones

⁷ Este tipo de gasto debería mantenerse en niveles de crecimiento relativamente estables y cuyas variaciones principales deberían obedecer en el corto plazo a variables como el precio de mercado, como se ejemplifica en el ítem Combustibles y Lubricantes, y/o al cambio tecnológico, como son los servicios de comunicaciones, telefonía y otros, o bien a las remuneraciones de aquellos servicios intensivos en utilización de personas, como son los servicios de seguridad, aseo y lavandería, todos los cuales progresivamente se han ido externalizando en la gestión hospitalaria. En el largo plazo, frente a ampliaciones de la capacidad instalada, este gasto debiese presentar incrementos proporcionales para dar cuenta de la mayor capacidad de producción.

para incluir o descartar la incorporación de fármacos a los arsenales farmacológicos⁸, como los mecanismos de compra, por ejemplo a través de Cenabast o por el procedimiento de trato directo, los que están relacionados con los precios del mercado y a los servicios de logística y distribución que proporcionan los proveedores. Así mismo, se tiene poca información respecto de la gestión de los medicamentos dentro de la red pública. En efecto, no existe información disponible respecto del costo y volumen de pérdidas por obsolescencia, deterioro o mal uso y de cómo se está gestionando el almacenamiento y seguridad de los stocks de medicamentos al interior de la red pública de salud.

- **Gasto del ítem Compra de Prestaciones:** la compra a privados es una consecuencia de la diferencia entre la capacidad de oferta y la demanda por atenciones de salud que se presentan en los Servicios de Salud. Estas compras se realizan al interior de la propia red asistencial (intrasistema) como en el extrasistema⁹.

La primera consiste en la contratación de servicios profesionales de personal interno y externo para la realización de intervenciones quirúrgicas en los propios hospitales de la red pública, tanto para efectuar prestaciones programadas como extraordinarias (por ejemplo, campañas de reducción de listas de espera). La segunda, corresponde al pago de prestaciones que se realizan en establecimientos fuera de la red a beneficiarios del sistema público, ya sea por derivación o por demanda espontánea debido a prestaciones de urgencia en el sector privado (*ley del cheque en garantía para atención de urgencias*¹⁰)

La compra intrasistema nos da luces del problema que tienen los Servicios de Salud de contar con personal médico (dotación y duración de las jornadas) en la red pública de salud y de los efectos e incentivos que generan la interacción entre los sistemas privados y públicos de contratación y, por otro lado, el extrasistema nos refleja una producción oculta por parte del sector público, ya que contablemente sólo se cuenta con información del gasto efectuado y no de las prestaciones realizadas.

Además, la compra al extrasistema es la más relevante, ya que representa el 84% de esta asignación y un gasto de \$180.213 millones en 2015. No obstante, se ha visto disminuida su participación en 7 puntos porcentuales entre 2008 y 2015, lo que se puede deber a una acción planificada en base a una evaluación del costo-efectividad comparada entre las opciones de compra de prestaciones y/o el principio que se quiere seguir en materia del sistema de salud y modelo asistencial.

Ahora bien, la mera existencia de la compra al extrasistema nos refleja, por una parte, la incapacidad del propio sector de atender de forma total la demanda efectiva por prestaciones de parte de la población beneficiaria. Lo anterior se puede deber a que los establecimientos se encuentran produciendo al máximo nivel que les permite su capacidad instalada (física y humana) o en un punto inferior (por debajo de su función de producción) debido a problemas de eficiencia y/o por la falta de profesionales (médicos especialistas) intersistema para realizar dichas prestaciones.

8 Los arsenales difieren considerablemente entre establecimientos, siendo el único punto en común los medicamentos que componen el Formulario Nacional de Medicamentos y Programas Nacionales.

9 Compras a Hospitales y Clínicas Privadas con o sin fines de lucro, Universidades y Fuerzas Armadas y las compras de prestaciones y/o contratación de servicios profesionales realizadas a sociedades médicas o del rubro de la salud.

10 En el año 1999 entró en vigencia la Ley 19.650, la que dispone en su Art.2° N°1, la garantía a las personas que están en una condición de Urgencia Vital a ser atendidas en el centro asistencial más cercano al lugar donde se encuentran, o en cualquier otro establecimiento, sea éste un hospital o clínica.

- **Gastos Indirectos:** son los gastos asociados a la capacidad instalada, los que crecen en menor magnitud que los gastos directos, no obstante, siguen siendo significativos debido a que presentan una tasa real de crecimiento anual para el período analizado de un 11% y el gasto alcanzó en 2015 los \$435.783 millones. A su vez, se destaca la mayor participación relativa, en este gasto, de los Servicios Básicos y Generales con un 37%. Es previsible que los costos indirectos a la producción hayan variado, y lo sigan haciendo, producto de la normalización, ampliación y construcción de nuevos establecimientos de salud.

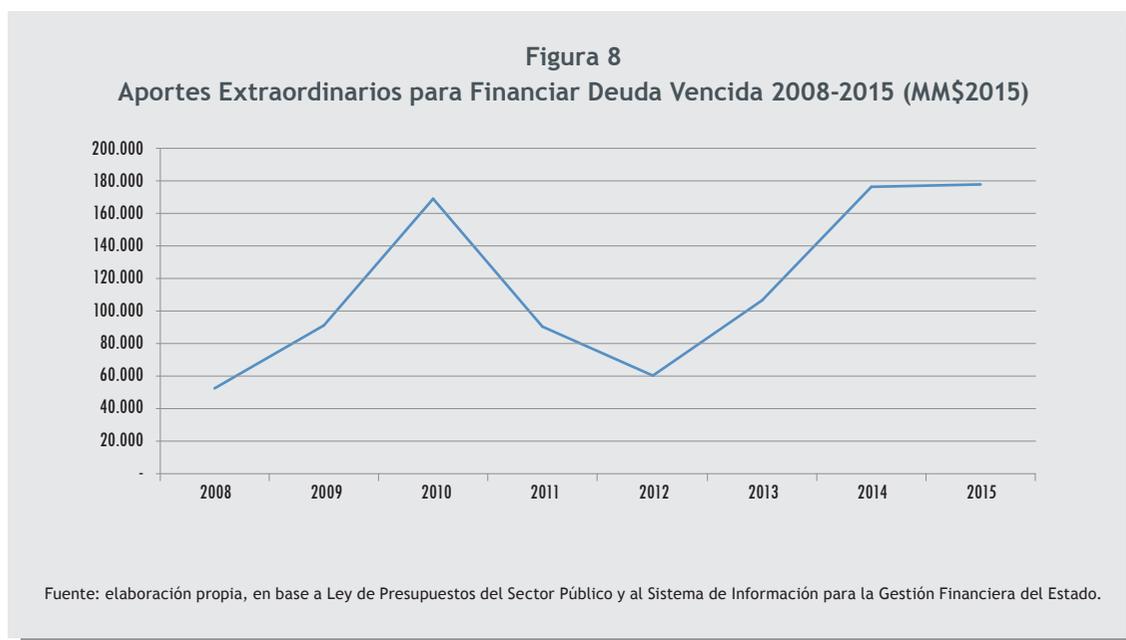
2.1.3. Financiamiento del Sobregasto Operacional

Durante el año presupuestario se otorgan recursos adicionales con el objeto de reducir la brecha de sobregasto operacional, pero no necesariamente estos recursos adicionales se incorporarán en la base presupuestaria para el año siguiente y, por lo tanto, el problema de sobregasto y deuda se mantiene en el tiempo en la medida que no se evalúen y modifiquen los factores que los determinan.

El Ministerio de Hacienda, a través de la Dirección de Presupuestos, es el que determina los recursos disponibles durante el año para la disminución del sobregasto operacional de acuerdo a las disponibilidades fiscales y a la evaluación de reasignación de recursos no ejecutados en el Sector. Por su parte, es el Minsal el que define los destinos de los recursos a nivel de los Servicios de Salud mediante la utilización de distintos criterios, siendo el principal, el índice de criticidad de la deuda definido en el Recuadro 1.

El índice de criticidad de la deuda ha permitido priorizar, en base a un criterio objetivo, la entrega de recursos. No obstante, al ser un instrumento que otorga una solución transitoria, no genera los incentivos para disminuir los niveles de deuda, ya que de hacerlo, se reduce la probabilidad de obtener recursos adicionales. De hecho, podría generar incentivos perversos a generar mayores niveles de deuda, ya que de esta manera se incrementa la probabilidad de obtener recursos adicionales.

La Figura 8 muestra los aportes extraordinarios realizados entre 2008-2015, alcanzando un máximo en 2015 de \$177.929 millones. El comportamiento de los aportes se encuentra en sintonía con la dinámica de brecha sin aporte presentada en la Figura 6.



Los antecedentes expuestos nos permiten afirmar por una parte que existe cierto nivel de desconexión entre el gasto y el presupuesto, y por otra, que los mecanismos de financiamiento extraordinario sólo permiten posponer el problema, sumado a la subjetividad y variabilidad en su entrega, y que no otorgan una solución definitiva a las brechas existentes. Cabe señalar que esta situación se observa en el Sector Salud, pues en el resto de los Sectores, en términos generales, el presupuesto asignado sí actúa efectivamente como un límite máximo de gastos.

3. ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La Ley de Presupuestos del Sector Público de 2015 asignó al Sector Salud un marco de gasto que alcanzó los \$6.059.568 millones, equivalentes a un 16% del Presupuesto Total del Sector Público. El 49% de dicho presupuesto es destinado a la Atención Secundaria y Terciaria (para la realización de acciones de salud en establecimientos hospitalarios), dependientes de los Servicios de Salud; un 19% es destinado a la Atención Primaria de Salud (para acciones de salud realizadas por los Municipios); y el resto del presupuesto se destina a las instituciones dependientes del Ministerio de Salud, Programa de Inversión Sectorial, Subsidios de Incapacidad Laboral y Bonificación de la Modalidad Libre Elección, entre otros. El énfasis de esta sección radica en los presupuestos de los Servicios de Salud, ya que es en ellos donde se concentra la mayor parte del presupuesto y el gasto operacional.

La Ley de Presupuestos asigna los recursos por Servicio de Salud y son éstos, una vez aprobado el Proyecto de Ley de Presupuestos de cada año, los que determinan los presupuestos a nivel de sus establecimientos dependientes. De esta forma, son los Servicios los responsables de la asignación final de los recursos y son ellos los que evalúan las necesidades y prioridades presupuestarias de cada establecimiento sanitario de su red.

El modelo de distribución de los recursos operacionales a los Servicios de Salud se basa en los Programas de Prestaciones establecidos en la Ley, los que se describen a continuación, y en el nivel de ingresos propios que los Servicios de Salud deben generar por las atenciones que brindan.

- **El Programa de Prestaciones Valoradas (PPV):** representa un 44% del financiamiento del gasto operacional de los Servicios de Salud y corresponde a una negociación entre Fonasa y los prestadores públicos en los que se determina el “qué hacer” y “cuánto hacer”, nominado con cantidad y precio, materializado a través de un convenio con cada Servicio de Salud. A su vez, éstos deben convenir con cada establecimiento de la red asistencial respectiva el cumplimiento del convenio suscrito con Fonasa.

La definición del qué hacer y en qué cuantía responde a una priorización desde el punto de vista sanitario. Sin embargo, esto podría llevar, por una parte, el desincentivo a la realización de prestaciones no PPV y no Garantía Explícita de Salud (GES), ya que las prestaciones PPV convenidas cuentan con recursos garantizados asociados a las prestaciones realizadas mientras que las otras no, al menos no directamente, y por otra, podría restringirse la realización de un mayor número de prestaciones priorizadas, aún cuando exista la capacidad para realizarlas, ya que podrían no contar con financiamiento (el convenio es flexible hasta el tope del financiamiento definido en la Ley de Presupuestos).

La valorización de estas prestaciones, que se agrupan en canastas en función del diagnóstico (Paquetes Asociados a Diagnóstico), está convenida por un arancel PPV definido anualmente por Fonasa y aprobado por Dipres, y corresponde a un precio nominal a través del cual se intenta relacionar el “gasto corriente” con la producción asistencial, excluyendo de él el costo del capital. Estos valores no consideran las distintas complejidades que se pueden dar en cada uno de los casos y tampoco los precios regionales de los factores utilizados en la producción local. Se debe señalar que la valorización tiene por base en su construcción el arancel de la Modalidad de Atención Institucional (MAI), que sólo tiene por objeto determinar los copagos de los beneficiarios de Fonasa, y no busca reflejar el costo de las prestaciones. En este sentido, un estudio de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2012) estima que los aranceles vigentes en algunos casos sobrestiman y en otros subestiman los costos reales de producción, y por tanto, cuestiona su validez para la transferencia de recursos.

- **El Programa de Atención Primaria:** Está destinado a financiar el gasto realizado en la atención primaria de salud (APS) que, dada la estructura del sistema de salud chileno, se realiza casi en su totalidad en los establecimientos de atención primaria dependientes de los Municipios, y por ende, no constituye un gasto de operación de los hospitales y establecimientos dependientes de los servicios de salud.

Los recursos que contempla la Ley de Presupuestos para el financiamiento de la APS dependiente de los Servicios de Salud son cercanos al 10% del gasto operacional de los mismos¹¹. Por su parte, la transferencia realizada a través de este Programa consiste en la asignación del per-cápita basal y de un conjunto de programas de reforzamiento.

- **Programa de Prestaciones Institucionales (PPI):** comprende un 46% del financiamiento del gasto operacional de los Servicios de Salud y corresponde a una asignación de recursos en base a la evolución histórica de la misma, donde se agregan recursos adicionales de leyes o programas de salud que no se encuentran definidos en canastas de prestaciones, beneficios económicos para el personal del Sistema Nacional de Servicios de Salud y a cualquier otra asignación presupuestaria que no se incluya en el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV).

Por tanto el PPI, por exclusión, financia todas aquellas prestaciones no incorporadas en los otros programas de transferencias. Sin embargo, al estar construido como un “resto” implica que estos recursos no están asociados a la producción unitaria sino que más bien a los costos fijos y complementa el financiamiento de otras vías nominadas.

En vista de que el mayor porcentaje de los recursos se asignan a través del PPI y que el mecanismo PPV no refleja adecuadamente el costo de las prestaciones otorgadas sumado a los otros problemas que existen en el mecanismo en cuestión, es posible inferir que la asignación de recursos a los Servicios de Salud presenta una fuerte inercia basada en el gasto histórico y no cuenta con un sustento microeconómicamente fundado que de cuenta de los costos reales, formas de producción, localización, o economías de escala, entre otros factores.

Los ajustes que se realizan de un año a otro responden a las variaciones que se dan en ciertos programas e iniciativas particulares de nuevas actividades aprobadas en la Ley de Presupuestos, pero estas modificaciones no se hacen cargo de los efectos inerciales en los gastos que implican la operación de los hospitales y las condicionantes internas y externas que presionan el crecimiento de los costos en las prestaciones de salud.

En la búsqueda de nuevos mecanismos de asignación de recursos, más relacionados a la producción y a la generación de mayor eficiencia en el sistema, Fonasa, en el año 2015, implementó un plan piloto con el objeto de estudiar las implicancias derivadas de una modificación en el mecanismo de pago y presupuestación de los hospitales, en concreto, la aplicación del mecanismo de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)¹².

De él se concluye que el presupuesto asignado no presenta una directa relación con la producción y complejidad asistencial, y por tanto, existen hospitales que cuentan con presupuestos inferiores y, en otros, superiores a la necesidad de financiamiento derivada del costo estandarizado de los egresos hospitalarios efectuados. Los resultados de dicha aplicación se presentan en el Recuadro 3¹³.

11 La atención primaria dependiente se encuentra presente en el Servicio de Salud Metropolitano Central y de Aysén y en algunos establecimientos de baja complejidad dependientes de los Servicios de Salud.

12 Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) constituye un sistema de clasificación de prestaciones de salud que permiten relacionar los distintos tipo de pacientes tratados en un hospital, es decir su casuística, con el costo que representa su asistencia.

13 Ver método y resultados del plan piloto en Fonasa (2015).

Recuadro 3 Resultados Implementación Mecanismo GRD. Plan Piloto

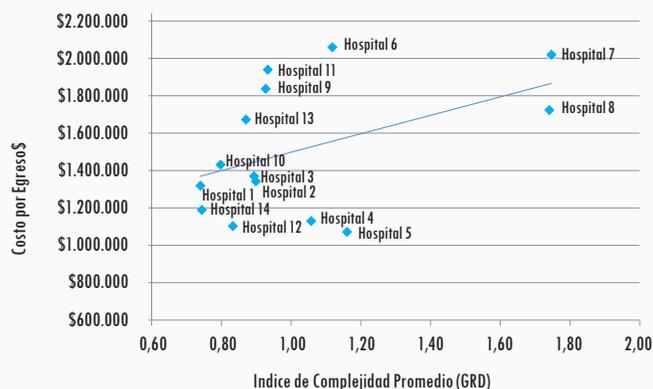
Para la implementación del plan piloto, se seleccionaron en 2015, a nivel nacional, 14 hospitales de mediana y alta complejidad, de diferentes realidades geográficas, calidad en los registros de la información clínica y desarrollo de la clasificación de los egresos hospitalarios mediante la metodología de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD).

El resultado de la aplicación de la metodología GRD en el programa piloto ya referido muestra que existe una diferencia entre el financiamiento otorgado a través de los presupuestos actuales (Programa de Prestaciones Institucionales-Programa de Prestaciones Valoradas e Ingresos Propios) y el financiamiento corregido mediante GRD.

El resultado encontrado no es homogéneo, ya que las diferencias en algunos establecimientos es positiva (se necesita mayor financiamiento para las prestaciones realizadas) y en otros establecimientos es negativa (el financiamiento otorgado es mayor a la producción valorizada por el costo promedio por egreso). Para los primeros la diferencia correspondió a \$23.127 millones mientras que para los segundos fue de \$68.111 millones.

Además, el programa piloto permitió realizar un análisis a los costos promedios de los establecimientos que, aun considerando la complejidad de las prestaciones realizadas, presentan una alta dispersión como se muestra en la Figura 9, donde la recta indica el estándar de financiamiento según complejidad y los puntos registran el posicionamiento dentro del gráfico de los distintos hospitales participantes del Piloto. Aquellos establecimientos que se encuentran por sobre la recta presentan costos por sobre los esperados según el estándar, mientras que aquellos que se encuentran bajo la recta, presentan costos de operación inferiores a los valorizados.

Figura 9
Costo Promedio Por Egreso Establecimientos Piloto GRD (año 2015)



Fuente: elaboración propia en base a estadísticas GRD, informe WINSIG.

La metodología de GRD permite generar un estándar de atención y producción en el nivel de la red Secundaria y Terciaria de Salud que reconoce la complejidad de los casos resueltos y permite mejorar la gestión clínica orientada a reducir y controlar las estancias hospitalarias, junto con planificar predictivamente la oferta de los establecimientos de alta complejidad. Adicionalmente, genera un efecto de eficiencia y equidad en la distribución de los recursos basado en criterios de común aplicación, haciendo del presupuesto de los establecimientos de alta complejidad un instrumento orientador de la gestión.

Sin embargo, la metodología de pago asociado a diagnóstico GRD, como mecanismo de presupuestación, necesita perfeccionar criterios en la definición del precio base por egreso considerando las estructuras de costo de hospitales más complejos (Hospitales Base Regionales, Institutos Especialistas) que difieren de otros hospitales. También es necesario evaluar cómo incorporar, dentro de la oferta exigible a los establecimientos, el estado actual de la infraestructura hospitalaria y de los equipamientos vigentes.

4. FACTORES QUE DETERMINAN EL GASTO OPERACIONAL Y SU CRECIMIENTO EN LA PRODUCCIÓN ASISTENCIAL

La presente sección tiene por objeto dar lineamientos, fundamentos y un análisis respecto a los factores que determinan y presionan el crecimiento del gasto operacional asociado a la producción asistencial. El análisis desarrollado permite determinar la dirección del impacto, más no su magnitud, y su relevancia relativa en el crecimiento del gasto sanitario, tanto en el corto plazo como en la perspectiva de largo plazo.

El gasto, en términos simplificados, corresponde a una valorización de la función de costos (precio por factores), dada una determinada forma de uso de los recursos disponibles (función productiva). Los factores de interés son aquellos que afectan tanto los precios de los insumos productivos como la función de producción que determina el número de prestaciones de salud realizadas en un determinado momento del tiempo.

Para aproximarse a una valorización de la función de costos y explicar sus cambios, primero se debe descomponer el efecto del uso de los factores productivos, y segundo, su valorización, dada una función de producción conocida y estable en el tiempo. Sin embargo, no se cuenta con los datos necesarios para hacer un modelo microfundado con estas características. Por ello, es necesario efectuar simplificaciones y formas alternativas de abordar la problemática, lo cual trae consigo limitaciones en el análisis y en los resultados que se puede obtener.

El modelo clásico y simple de minimización de costos radica en minimizar los costos, siendo los factores productivos, trabajo y capital (L,K) y sus precios respectivos (w,r), sujeto a una función de producción F(L,K) y a un nivel de producción dado (Q):

$$\begin{aligned} \text{Min: } & w * L + r * K \\ \text{s/a } & F(L, K) \geq Q ; L \geq 0 \quad K \geq 0 \end{aligned}$$

Luego, del proceso de optimización se obtiene la demanda de los factores productivos los que dependen negativamente de los precios de éstos y positivamente de la cantidad de producción definida:

$$L^* = L(w, r, Q) \quad K^* = K(w, r, Q)$$

Así, teóricamente sabemos que si se incrementa la producción asistencial, siempre y cuando se estén utilizando de forma óptima los recursos disponibles, se debiese incrementar al mismo tiempo el uso de factores productivos y, por tanto, los costos.

Por su parte, si cambian los precios (públicos y privados), la función de producción (tecnología, atributos de los factores productivos, calidad, modelo asistencial, otros), las condiciones del mercado, entre otras opciones, los efectos en los costos pueden ser diversos y en distintas direcciones, según sea el factor productivo que esté variando.

La información disponible no nos permite determinar empíricamente el rol o impacto de cada uno de los factores en la determinación del crecimiento del gasto operacional, pero sí es posible aproximarse a través de la identificación del incremento del valor relativo de la producción asistencial y las

variaciones de los otros factores valorizados que inciden en éste, tal como se indica en la siguiente expresión:

$$\Delta Gasto Operacional = \Delta Valor Relativo Producción + \Delta Valor Resto Factores$$

Estos otros factores son los llamados “generadores o conductores de costos en salud o *cost drivers*”, los cuales se dividen entre los que pertenecen al grupo de factores demográficos y aquéllos considerados no demográficos. Los primeros se refieren a la estructura y configuración de la población (cambios de los grupos etarios) y a temas epidemiológicos. Estos tienen un impacto más bien de largo plazo y explican la tendencia del crecimiento del gasto. Los segundos, al crecimiento económico y, en particular, de los ingresos, cambio tecnológico, estructura de precios relativos, políticas sanitarias, modelo de atención, rol de las instituciones, entre otros. Estos afectan tanto el crecimiento de corto plazo como el de largo plazo y, en particular, es a partir de éstos donde cabría esperar una mayor incidencia en la evaluación del sobregasto operacional estudiado en la Sección 2.

A continuación se analiza, de forma teórica y basándose en la literatura y en la evidencia empírica para Chile, el rol e impacto que tiene, por una parte, la producción asistencial y, por otra, el conjunto de otros factores que inciden en el crecimiento del gasto asistencial.

4.1 Gasto Operacional por Grupo de Prestaciones Asistenciales

Para la determinación del gasto operacional por grupo de prestaciones, se utilizó el gasto operacional reportado por los establecimientos de salud de alta complejidad (se excluyen a los Centros de Referencia Maipú y Cordillera) que tienen y utilizan el Sistema de Información Gerencial WINSING-OPS, el cual tiene una lógica de reportabilidad en base a centros de costos que permite construirlos a nivel de productos finales y presenta su propia agrupación de prestaciones.

Por el lado de la producción efectiva, se cuenta con el registro de la producción asistencial provisto por el Resumen Estadístico Mensual (REM)¹⁴ que cuenta con información de todos los establecimientos de salud de la red pública, y presenta una lógica de reportabilidad en base a prestación otorgada y cuenta con un determinado tipo de agrupación de dichas prestaciones, como por ejemplo, atención abierta que da cuenta de las consultas médicas efectuadas.

En vista de que ambos sistemas de información presentan agrupaciones y coberturas distintas es que se requiere realizar una re agrupación, más bien *ad-hoc*, y para fines del presente estudio, en cada uno de los sistemas de información, de tal forma que permitan efectuar una comparación entre grupos.

Los establecimientos de alta complejidad representan el 66% del gasto operacional y, a su vez, explican gran parte de las prestaciones efectuadas en el sector público, tanto a nivel de atención abierta, consultas médicas (62% en 2014), como de atención cerrada, hospitalizaciones (85% en 2014), por lo que se considera una información útil y representativa para la realización del análisis.

¹⁴ Estas estadísticas se encuentran disponibles en el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud. www.deis.cl

Al considerar las diversas fuentes de información, surge la necesidad de restringir la cobertura de los establecimientos, en particular, porque no todos los Establecimientos de Alta Complejidad utilizan la aplicación WINSING-OPS. Por lo anterior, es que el análisis que sigue en la sección 4.1.1 se restringe a un grupo de 49 hospitales autogestionados¹⁵.

4.1.1 Gasto y Producción Asistencial

El gasto operacional asistencial de los hospitales autogestionados seleccionados para este análisis representa en 2014 un 56,7% del gasto operacional de los Servicios de Salud. El Cuadro 5 realiza una categorización del gasto por grupo de prestaciones para 2013 y 2014.

Cuadro 5
Gasto Operacional Hospitales Autogestionados por Grupo de Prestaciones 2013-2014
(MM\$ de 2015)

Grupo de Prestaciones	2013	2014	Var 2014-2013
Atención Abierta (Consultas)	397.993	443.450	11%
Atención Cerrada (Hospitalizaciones)	789.111	823.676	4%
Exámenes Diagnósticos	142.627	159.141	12%
Procedimientos	67.881	74.383	10%
Otras Prestaciones de Salud	398.015	446.509	12%
Total	1.795.627	1.947.160	8%
% del Gasto Operacional de los Servicios de Salud	57%	57%	

Fuente: elaboración propia en base a información del Sistema de Información Gerencial WINSIG-OPS del Minsal.

En materia de producción asistencial, tal como señala el Cuadro 6, el mayor número de prestaciones se presenta en la categoría de exámenes diagnósticos, seguido por las categorías de “otras prestaciones de salud”, las consultas ambulatorias y luego las hospitalizaciones. A su vez, se aprecia que el número de prestaciones ha aumentado en el tiempo, exceptuando el año 2013 donde la categoría de “otras prestaciones de salud” presenta una reducción considerable y fuera de tendencia, sin mayores variaciones en la distribución por grupo.

Cuadro 6
Número de Prestaciones Hospitales Autogestionados por Grupo 2010-2014

Grupo de Prestaciones	2010	2011	2012	2013	2014	Var 2014-2013
Atención Abierta (Consultas)	13.340.073	14.202.084	14.400.017	13.594.698	13.993.966	2,9%
Atención Cerrada (Hospitalizaciones)	5.786.816	6.282.109	6.416.637	6.123.633	6.095.631	-0,5%
Exámenes Diagnósticos	45.495.729	54.078.284	58.180.156	57.390.401	59.888.797	4,4%
Procedimientos	1.275.009	1.506.457	1.397.210	1.287.062	1.341.704	4,2%
Otras Prestaciones de Salud	53.505.088	64.761.382	51.038.743	34.737.774	54.856.478	57,9%
Total	119.402.715	140.830.316	131.432.763	113.133.568	136.176.576	20,4%

Fuente: Elaboración propia, en base a información de Resumen Estadístico Mensual (REM) del DEIS-Minsal.

¹⁵ Los Hospitales Autogestionados son 57, sin embargo se excluyeron del análisis los Hospitales de Tomé, Lota, Pedro Aguirre Cerda, Roberto del Río, Psiquiátrico y los Institutos Nacional del Cáncer, Geriátrico y Traumatológico.

La categoría de “Otras prestaciones” presenta una relación bastante imperfecta con su medida de gasto. En particular, se tienen más áreas de prestaciones en el REM que en el WINSIG, y por ende, considerar esta categoría para el análisis puede conllevar a errores de interpretación. Al centrarse en las otras categorías, obteniendo un precio promedio por prestación, es posible realizar un ejercicio para identificar cuánto de la variación del gasto operacional se debe a cambios en los precios y cuánto a la variación de la valorización de la producción.

El Cuadro 7 muestra que, por grupo de prestaciones, el efecto predominante es la variación del valor de los otros factores mientras que, para el total de las prestaciones, el cambio se explica principalmente por la variación en el valor relativo de la producción, lo que se debe a la relevancia relativa que tiene cada grupo en el gasto operacional.

Cuadro 7
Descomposición Porcentual de la Variación del Gasto Operacional 2014-2013

Grupo de Prestaciones	Var. Valor Otros Factores	Var.Valor Relativo Producción	Var. Gasto Operacional
Atención Abierta (Consultas)	8,2%	3,2%	11,4%
Atención Cerrada (Hospitalizaciones)	4,9%	-0,5%	4,4%
Exámenes Diagnósticos	6,9%	4,7%	11,6%
Procedimientos	5,1%	4,5%	9,6%
Total	3,5%	3,9%	7,4%

Fuente: elaboración propia.

Aún cuando la producción asistencial ha aumentado durante los años, también lo ha hecho su valorización y los precios de las prestaciones. En vista de que es la atención cerrada la que explica en más de un 40% el gasto operacional y su producción asistencial disminuye levemente en los últimos años, surge la necesidad de indagar un poco más en los factores que explican su gasto.

4.1.2 Capacidad y Complejidad de la Producción Asistencial Hospitalaria

La información disponible de los egresos hospitalarios del sector público de salud (establecimientos dependientes de los Servicios de Salud y Establecimientos Experimentales) nos indica que su número disminuyó en un 5,49% en 2010 respecto de 2009, para luego mantenerse en general a niveles inferiores a los observados durante 2009 (Cuadro 8)¹⁶.

La caída en los egresos hospitalarios apreciada en 2010 se debió principalmente a una reducción de la capacidad hospitalaria producto de la pérdida de 1.772 camas por causa del terremoto sufrido ese año en nuestro país. Por su parte, la participación del sector público en materia de los egresos hospitalarios ha disminuido en el período de análisis de forma constante, pasando de ser un 71% de la provisión en 2009, a un 64% en 2013.

¹⁶ La información disponible para los años 2009-2014 no permite diferenciar entre atenciones realizadas en el sector público y en el privado, pero es razonable esperar que la mayoría de las atenciones se efectúan en el sector público.

Cuadro 8
Número de Egresos Hospitalarios en el Sector Público por Grupo de Edad 2009-2013

AÑO	Grupo de Edad (años)						Total
	0-4	5-9	10-19	20-44	45-64	65 y más	
2009	151.578	45.363	132.522	401.951	219.270	238.498	1.189.182
2010	140.273	39.428	120.738	380.496	207.187	235.767	1.123.889
2011	137.248	39.714	118.595	378.667	216.954	238.945	1.130.123
2012	131.350	36.887	111.213	364.219	217.410	244.458	1.105.537
2013	122.879	34.830	102.757	352.189	213.449	243.521	1.069.625

Fuente: elaboración propia, en base a datos de egresos hospitalarios DEIS-Minsal.

La errática evolución del número de egresos se puede deber a varios factores: que tan sólo se han incorporado 485 nuevas camas entre 2010-2014, por tanto, aún no se recupera la totalidad de las camas perdidas en 2010; a un mayor uso de las camas disponibles; y/o a un incremento de la participación del sector privado en las hospitalizaciones. Así mismo, los establecimientos de salud han ido incorporando tecnologías que permiten resolver atenciones que anteriormente necesitaban hospitalización y que hoy se realizan mediante atención ambulatoria o con hospitalización domiciliaria.

A su vez, en el Cuadro 8 se destaca que el mayor número de egresos hospitalarios se encuentra en el grupo de 20 a 44 años, pero este valor se debe mirar con cautela ya que cerca del 50% de ellos responde a condiciones asociadas al embarazo, parto y puerperio, y no necesariamente a una enfermedad asociada a esa condición de salud.

El Cuadro 9 indica que el promedio de días de estada, para todos los egresos del país (público y privado) por grupo de edad se ha incrementado de 5,74 en 2012, a 5,9 en 2013, presentando alzas en casi todos los grupos etarios a excepción del grupo de mayores de 65 años. Sólo para 2013 fue posible construir un cuadro con información de los días de estada para los egresos hospitalarios del sector público y se observa que los días promedio observados son muy superiores al promedio nacional, tanto para todos los grupos etarios como para cada uno de los años en análisis.

Cuadro 9
Promedio Días de Estada por Grupo de Edad 2012-2013

AÑO	Grupo de Edad (años)						Total
	0-4	5-9	10-19	20-44	45-64	65 y más	
2012	5,88	3,11	3,79	4,01	6,85	8,99	5,74
2013	7,51	4,75	4,53	3,91	6,59	8,76	5,90
2013 (sólo público)	8,30	6,00	5,16	4,63	8,11	9,17	6,87

Fuente: elaboración propia, en base a datos de egresos hospitalarios DEIS-Minsal.

El mayor número de días de estada promedio observado para todos los grupos de edad y de las hospitalizaciones en el grupo de adultos mayores (mayores de 65 años) puede estar respondiendo a una mayor necesidad derivada de las patologías que afectan a la población y de la interacción de éstas con el estado de salud de la persona, también al desempeño clínico (normas, protocolos y/o eficiencia de la atención clínica), entre otras variables.

Los datos estadísticos de egresos hospitalarios no permiten obtener la información que se requiere para explicar la ocupación y complejidad de las hospitalizaciones, pero es posible aproximarse, a través de ciertos indicadores, tales como nivel de severidad, el tipo de ingreso, procedencia, reingresos, entre otros, disponibles en Minsal (2014).

Lo anterior corresponde a un análisis de casuística hospitalaria para los años 2012 y 2013 observada en 60 hospitales de mayor complejidad del país, los cuales se encuentran implementando el Sistema Grupos Relacionados por Diagnóstico Internacionales y Refinados (GRD-IR).

El Cuadro 10 dispone información de algunos indicadores relativos a la complejidad, desempeño clínico y ocupación hospitalaria. Se observa que la mayoría de las hospitalizaciones (54% promedio) responden a una urgencia médica, las que a su vez son de menor severidad, y esta composición no ha variado en 2012 y 2013. Por su parte, se han incrementado las tasas de reingreso hospitalario y el número de pacientes con estadías prolongadas (por sobre el estándar).

De lo anterior, es posible inferir que se ha incrementado la complejidad de la atención en el grupo de los ya clasificados como complejos, lo cual ha impactado en los indicadores de días de estada, y tasas de reingresos, entre otros. Sin embargo, la mayor presión y “uso” hospitalario se puede deber, además de la complejidad ya descrita, a factores de eficiencia y modo atención (estándares técnicos, eficiencia, otros).

Cuadro 10
Indicadores de Complejidad, Desempeño y Ocupación Hospitalaria 2012-2013

Indicadores	2012	2013	Var 2013-2012
1 Complejidad			
Niveles de Severidad (%)			
Menor	68,2	67,3	-0,9
Moderada	18,3	18,5	0,2
Mayor	13,4	14,2	0,8
Inagrupables	0,1	0,0	-0,1
Tipo Ingreso (%)			
Urgente	54,9	53,8	-1,1
Programado	23,7	23,0	-0,7
Obstétrica	21,3	23,2	1,9
Procedencia (%)			
Unidad de Emergencia	54,9	55,0	0,1
Consultorio Especialidades	23,9	24,0	0,1
Otros Hospitales	8,8	9,4	0,6
Otros	12,3	11,6	-0,7
Índice Case-Mix Global*	0,81	0,83	0,02
Estadía promedio Global (días)	6,2	6,4	0,2
2 Desempeño Clínico			
N° de egresos	690.870	803.777	112.907,0
N° de egresos fallecidos	18.608	22.389	3.781
% mortalidad intrahospitalaria	2,7	2,8	0,1
% de reingresos (urgentes a 7 días)	0,7	0,8	0,1
% de reingresos (urgentes a 30 días)	1,8	2	0,2
N° de egresos con estadía prologada (Outliers Superior)	42.638	49.354	6716
% de egresos con estadías prologada	6,2	6,2	0
Estadía promedio (días)	22,9	23,7	0,8
3 Ocupación de Unidades Paciente Críticas (UPC)			
N° Pacientes UPC	70.368	83.841	13.473
N° Pacientes UCI (Unidad de Cuidado Intensivos)	22.976	26.920	3944
% Pacientes UCI	3,3	3,3	0
Índice Case-Mix en UCI*	2,79	2,92	0,13
Estadía promedio en UCI (días)	7,8	8,0	0,2
N° de Pacientes UTI (Unidad de Tratamiento Intensivo)	47.392	56.921	9.529
% Pacientes UTI	6,9	7,1	0,2
Índice Case-Mix en UCI*	1,81	1,82	0,01
Estadía promedio en UTI (días)	6,6	6,5	-0,1
% egresos en VMI respecto total egresos	2,2	2,3	0,1

Fuente: elaboración propia, en base Minsal (2014).

Nota:

*Case-Mix: es un indicador que se obtiene de la suma de todos los pesos relativos de cada GRD (valor asignado por GRD a las prestaciones en función de los costes de cada una de estas, donde un peso técnico de valor 1 equivale al costo medio del paciente hospitalizado-valor estándar, dividido por el número total de egresos. De esta manera, cuanto más alto sea el índice de Case-Mix de un hospital respecto de 1, mayor será el nivel de gravedad de sus casos, con un perfil de pacientes más complicado y por tanto, mayor será el consumo de recursos.

4.1.3 Modelo Asistencial desde la Mirada de la Atención de Urgencia

En vista que más de un 50% de los egresos hospitalarios (Cuadro 9) surgen de una consulta de un servicio de urgencia es que se analiza por grupo etario el nivel de consultas y tasas de hospitalización, con la finalidad de aproximarse al uso y modelo de atención de salud que efectivamente están utilizando las personas en nuestro país.

Para el presente análisis, se utiliza el reporte diario-semanal que realizan los hospitales y SAPU, disponible en DEIS-Minsal, que permite obtener información del número de consultas y hospitalizaciones derivadas de una consulta de urgencia. A su vez, se cuenta con información de la categorización de la gravedad de los pacientes que accedieron a una consulta de urgencia en establecimientos de alta complejidad en 2014.

Esto último es relevante para complementar el análisis ya que la atención de urgencia no sólo debiese recaer en los que requieren hospitalización sino que en aquellos que presentan una condición de gravedad de riesgo vital o secuela funcional grave.

El Cuadro 11 señala que, entre 2010-2015, se incrementó en 15% las consultas de urgencia alcanzando en 2015 un total de 17.688.438. Se destaca que este tipo de consultas representa cerca del 60% del total de consultas realizadas en el sector público. Por su parte, la distribución por grupo de edad se ha mantenido constante en el período analizado, en casi todos se observan incrementos año a año y, si se asume una distribución uniforme en cada grupo por edad, existiría una mayor concentración de las consultas en el grupo de menores de 4 años de edad.

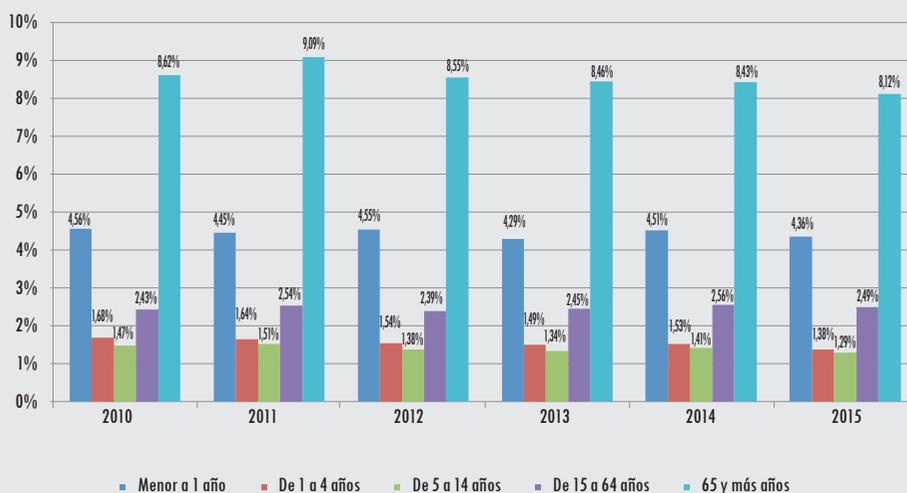
Cuadro 11
Consultas de Urgencia en Hospitales y SAPU por Grupo de Edad 2010-2015

AÑO	Grupo de Edad (años)					Total
	Menor a 1	1-4	5-14	15-64	65 y más	
2010	799.577	2.095.056	2.519.789	7.891.704	1.368.990	14.675.116
2011	802.917	2.172.171	2.540.288	8.463.138	1.455.132	15.433.646
2012	810.013	2.314.318	2.768.388	9.317.901	1.669.135	16.879.755
2013	793.367	2.350.902	2.825.446	9.424.135	1.739.141	17.132.991
2014	797.685	2.239.608	2.737.301	9.433.436	1.820.521	17.028.551
2015	824.894	2.351.678	2.911.109	9.685.084	1.915.844	17.688.609

Fuente: Elaboración propia, en base a registro de atención de urgencia. DEIS-Minsal.

Del total de consultas efectuadas en urgencia, menos de un 3% requirió hospitalización. Tal como se muestra en la Figura 10, la mayor tasa de hospitalización se encuentra en los mayores de 65 años con un 8,12% en 2015 y le siguen los menores de 1 año con una tasa cercana al 4,5%, las que no han variado significativamente entre 2010-2015.

Figura 10
Tasa de Hospitalización por Consulta de Urgencia por Grupo de Edad 2010-2015



Fuente: elaboración propia, en base a Ley de Presupuestos del Sector Público y al Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado.

La categorización de la gravedad del paciente permite una priorización de la atención del Servicio de Urgencia. Esta consta de 5 niveles: C1, C2, C3, C4 y C5; donde C1 corresponde a un paciente grave que requiere atención inmediata mientras que los C4 y C5 son de gravedad leve y no urgente, que pueden ser atendidos en la atención primaria de salud (SAPU y/o consultorio).

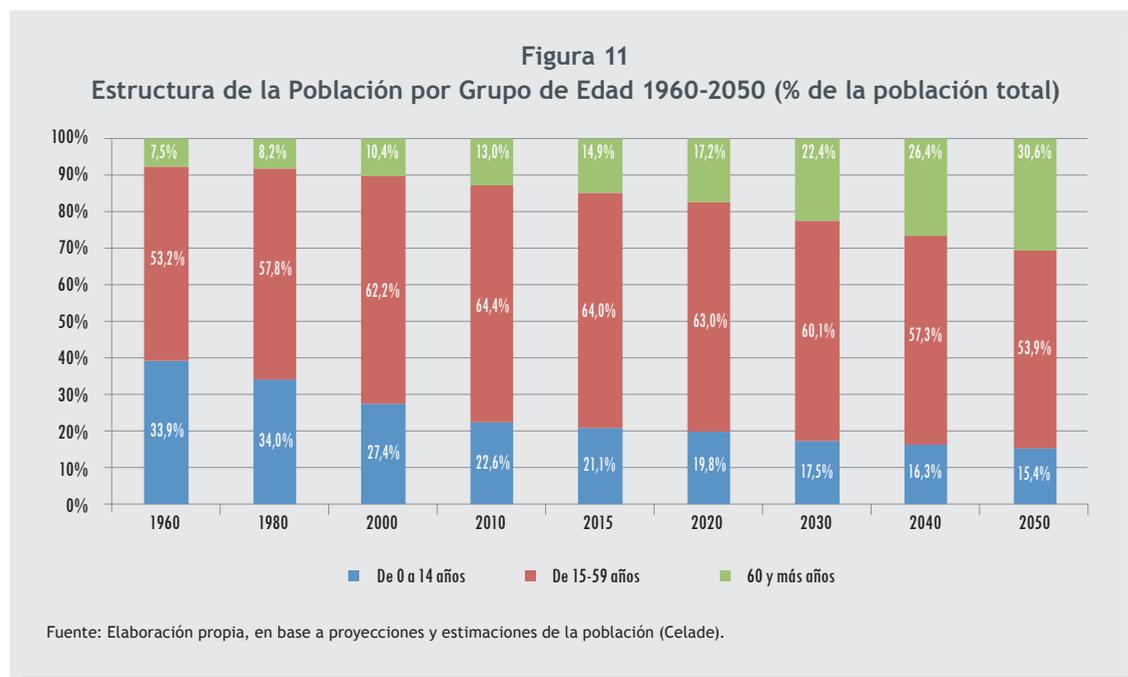
Los datos de 2014 nos indican que un 52,2% de las consultas efectuadas en las urgencias de hospitales de alta complejidad fue categorizado como C4 (41,5%) y C5 (10,7%). En consecuencia, más de la mitad de dichas consultas debiesen haberse efectuado en establecimientos de menor complejidad, trayendo consigo una mayor demanda (no justificada) en los servicios de urgencia, congestión, listas de espera, descontento del paciente, entre otras.

El análisis realizado nos permite afirmar, por una parte, que son los adultos mayores y los niños los que tienen una mayor probabilidad de ser hospitalizados y, por otra, que la población sigue demandando un modelo de atención hospitalaria de urgencia respecto de una atención ambulatoria (realizado en la atención primaria). Esto último puede ser por costumbre y preferencias de la población, fundadas en una percepción (objetiva y subjetiva) de la resolutivez y calidad de la atención primaria respecto de la secundaria y/o terciaria.

Dado lo anterior, se hace necesario educar a la población para que asista al primer nivel de atención cuando padece una condición no urgente y, a nivel de Salud Pública, desarrollar políticas que mejoren la percepción de la población respecto de la resolutivez de la atención primaria así como también políticas destinadas a incrementar la prevención y promoción de salud, autocuidado del estado de salud y permanencia en los tratamientos (población bajo control), para así disminuir las consultas de urgencia y las posibles hospitalizaciones derivadas de ellas.

4.2. Fenómeno Demográfico del Envejecimiento

Chile se considera un país envejecido¹⁷, al igual que la mayoría de los países desarrollados. Actualmente, 14,9% de la población tiene más de 60 años¹⁸ y se estima que este segmento puede llegar a representar un 30,6% en 2050 (Figura 11). Este proceso, responde principalmente a la disminución de la tasa de natalidad y al aumento de la esperanza de vida.



La hipótesis natural que surge de un análisis del efecto del envejecimiento de la población es suponer que ésta presenta un mayor gasto sanitario que otras cohortes y que, por lo mismo, es esperable que, en la medida que su participación aumente, también lo harán los costos sanitarios. Para demostrar lo anterior, se requiere contar con información de las tasas de uso y del gasto sanitario por edad, para determinar las relaciones y caracterizar los perfiles de gasto, y a su vez, que la data permita realizar estudios longitudinales. Como es de esperar, esta información no es fácil de obtener y en Chile no existe. No obstante, el estudio de Cutler y Meara (1998) estima que para el caso de la población norteamericana, las personas de 65 a 74 años gastaban 3,3 veces más que el grupo de 35 y 44 años, relación que aumentaba hasta 4,5 veces para los de entre 75 y 84 años y a 5,5 veces en los de más de 84 años.

El mayor gasto esperado de la población adulto mayor se debe, tal como se señala en Casado (2000), a un mayor gasto en los últimos años de vida y a que la prevalencia de la mayoría de las enfermedades crónicas aumenta con la edad. Ambas causas permiten relacionar un mayor gasto en salud de esta población con su condición de salud, la que en términos relativos es peor que la del resto de la población.

17 Se entiende por envejecimiento demográfico cuando se incrementa la relación entre número de personas mayores de 60 años y los otros grupos de edad o con el total de la población. Las Naciones Unidas define que una población es envejecida cuando el grupo de más de 60 años (65 años en los países desarrollados) representa más de un 7% de la población.

18 La Ley N°19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor establece que las personas mayores de 60 años constituyen la categoría de adultos mayores.

Por tanto, el gasto sanitario se encuentra condicionado al estado de salud de la población y, al mismo tiempo, al coste de los distintos tratamientos, intensidad de uso de éstos y el estado de desarrollo de las tecnologías sanitarias (que también abarcan el modelo de atención y gestión de los recursos).

Diversos estudios, como por ejemplo el de Cutler y Sheiner (1998) y Jacobzone et al (1998), permiten contar con antecedentes empíricos que demuestran que la salud y grado de dependencia de la población adulto mayor no ha empeorado en el tiempo. Esto se debe al accionar de diversos factores, como los avances tecnológicos, políticas públicas dirigidas a la promoción y prevención, entre otros.

Dado que se espera que el estado de salud de la población adulto mayor no empeore con el tiempo, el mayor efecto en el gasto sería atribuible a factores no demográficos como el desarrollo de nuevas tecnologías, los costos de los tratamientos e intensidad de la atención (modelo de atención). Así, en la medida que los factores no demográficos se mantengan constantes en el tiempo, sería correcto suponer que un aumento de población adulto mayor impactaría fuertemente en los gastos sanitarios ya que efectivamente gastan, en promedio, más que otros grupos etarios. Luego, es fundamental para contener el incremento del gasto, enfocarse en políticas que permitan modificar los factores que son controlables y modificables, no siendo uno de ellos el envejecimiento demográfico.

Finalmente, el impacto esperado que tendrá el cambio demográfico en el sistema público de salud debiese ser mayor aún, en la medida que no varíen los factores no demográficos, ya que 91% de la población adulto mayor del país (al año 2014) cuenta con la cobertura sanitaria entregada por el sistema público (Fonasa) y, en el período 2009-2014, este grupo de afiliados ha aumentado en un 29%, alcanzando las 2.338.994 personas en 2014¹⁹.

4.3. Cambio en el Perfil Epidemiológico

El perfil epidemiológico de la población es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida.

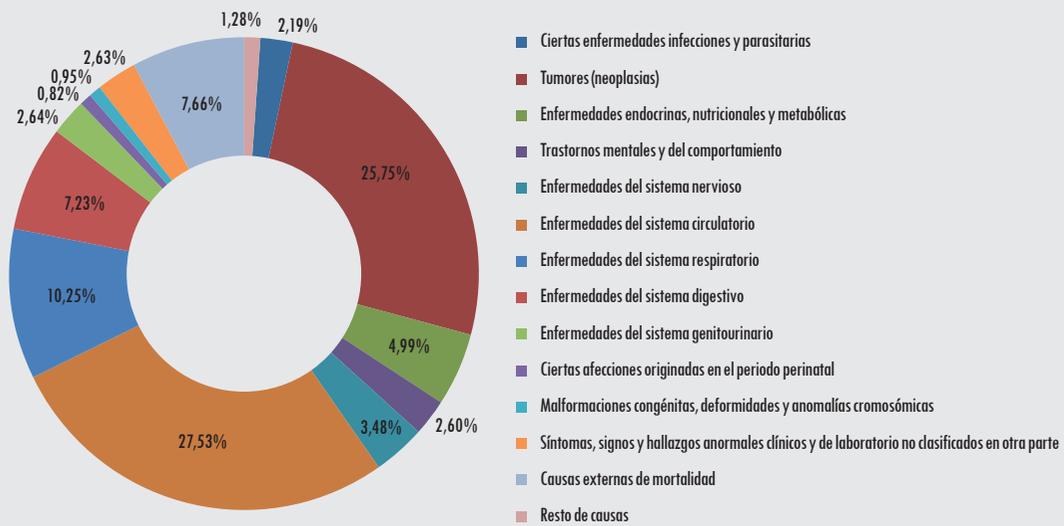
En Chile la tasa de mortalidad de la población se ha incrementado levemente desde 5,4 por cada mil habitantes en 2009 a 5,67 en 2012, producto del aumento de la tasa de mortalidad de los hombres respecto de las mujeres²⁰.

Por su parte, y debido a las transformaciones económicas y sociales, las causas de muerte de la población se han modificado desde las infecto contagiosas a las enfermedades no transmisibles, crónico-degenerativas y neuro-psiquiátricas. La última información disponible de 2012 (Figura 12) nos muestra la distribución de las causas de muerte en nuestro país, destacándose las enfermedades del sistema circulatorio (27,53%) y tumores (25,75%).

19 En base a datos demográficos de Fonasa y Celade.

20 Información proveniente de los indicadores básicos de Salud. DEIS-Minsal.

Figura 12
Mortalidad según Causa Año 2012 (%)



Fuente: Indicadores Básicos de Salud Chile 2014. DEIS-Minsal.

La morbilidad de la población se encuentra en sintonía con la distribución de las causas de la mortalidad, por lo tanto, hoy contamos con una mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles o crónicas y una disminución de enfermedades transmisibles, tales como las de origen infeccioso. La cronicidad de las enfermedades presenta una mayor relación con los factores de riesgo de la población más que con la edad y/o envejecimiento. La Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (ENS) nos indica que los mayores factores de riesgo asociados a estas patológicas son: la condición de fumar, sedentarismo, obesidad, sobrepeso y consumo de alcohol. Éstas, al ser conductas de la población y no factores externos, podrían ser modificadas a través de una mayor educación a la población.

El último indicador relacionado con el perfil epidemiológico corresponde al AVISA (años de vida ajustados por discapacidad) que permite medir la pérdida de salud que se produce a raíz de una enfermedad, discapacidad o muerte. Como tal permite medir la carga de enfermedad y dar un orden de prioridad a las patologías que afectan a la población.

El estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, Minsal (2007), nos muestra que la mayor carga de enfermedad se encuentra en las mujeres y en las enfermedades no transmisibles, siendo las principales causas de mayor AVISA la enfermedad hipertensiva del corazón, trastornos depresivos unipolares, trastornos de la vesícula y vías biliares, dependencia del alcohol y cirrosis hepática. Las causas difieren por sexo y edad, por lo que se plantea la necesidad de disponer políticas de salud generales y también focalizadas y diferenciadas.

Es de esperar que una mayor prevalencia de enfermedades crónicas incidan en el crecimiento del gasto en salud. Como ejemplo, la ENS 2009-2010 nos indica que la prevalencia de la Diabetes Mellitus Tipo II (DM II) pasa de 6,3% a 9,4% (de la población adulta) entre 2003 y 2009, en términos absolutos, sin corregir por el envejecimiento, lo que equivale a más de 400 mil personas adicionales. Si se considera el costo medio de tratar a una persona con DM II, dado por el Estudio de Verificación de

Costos del GES (Minsal 2012), se produciría un diferencial de gasto superior a los \$40.000 millones. Por cierto, a este monto se debe sumar el mayor gasto para todas las patologías asociadas, por ejemplo, retinopatía diabética y la enfermedad renal crónica.

Dadas las proyecciones, y sin un cambio sustancial del comportamiento de la población que disminuya los factores de riesgo, la prevalencia de enfermedades crónicas sólo puede aumentar, ya que, por un lado, una mayor proporción de personas vivirá más tiempo, alcanzando a ser diagnosticadas de patologías que antes no se evidenciaban en su ciclo de vida. Por otro lado, el avance tecnológico permitirá un diagnóstico precoz y la mejora en los tratamientos permitirá una mayor sobrevivencia de los afectados.

La participación de la población en estilos de vida saludables y comportamientos en el cuidado personal y comunitario; y el uso de servicios de salud preventiva, podrían tener un impacto positivo en los gastos de servicios de salud, tanto en términos de cantidad y de la eficacia en el uso de los recursos, tal como analiza Wanless (2002). Cambiar las normas sociales y preferencias para el cuidado de la salud, también puede influir en el comportamiento de la demanda.

4.4. Incorporación de Nuevas Tecnologías Sanitarias

Puig-Junoy, Peiró y Tur (2009) dan cuenta de la numerosa literatura que existe en materia de la determinación del impacto de las tecnologías sanitarias en el incremento del gasto en salud. El cambio tecnológico es todo aquello más bien endógeno al modelo de producción de prestaciones sanitarias, por ejemplo la innovación en productos, dispositivos y procesos (nuevos procedimientos quirúrgicos y práctica clínica) además de las habilidades y los sistemas de soporte a través de los cuáles éstos son dispensados.

El impacto del cambio tecnológico en el incremento del gasto no es posible de determinar de forma teórica, ya que se espera que las innovaciones generen una mayor demanda de prestaciones y éstas, a su vez, vuelvan a incentivar la innovación sanitaria (efecto dinámico y constante) y además, porque las nuevas tecnologías pueden encarecer o abaratar el costo por atención sanitaria. Por lo anterior, es que el efecto neto a priori se desconoce y se requiere de evidencia empírica para determinar la dirección del impacto.

Dicha estimación se realiza a través de modelos econométricos, siendo su base el gasto sanitario por edad y la identificación de factores determinantes de dicho gasto, los que en general son la demografía, la renta y el “factor residual”. Este último, incluye todo lo no explicado por otros factores, se traduce en el cambio tecnológico.

Para nuestro país no es posible construir un modelo empírico que nos permita identificar el impacto (medible) de cada factor en el incremento del gasto, y por tanto, sólo es posible remitirse a los hallazgos y conclusiones derivadas de estudios aplicados en otros países, principalmente miembros de la OECD. No obstante, estos estudios también presentan la limitación de sólo capturar el concepto agregado del cambio tecnológico, ya que es una variable difícil de medir y representar, y por ello se buscan proxys que, por supuesto, presentan limitaciones.

La evidencia internacional nos muestra que el impacto del cambio tecnológico en el crecimiento del gasto es positivo y significativo, en un rango de 20% a 70% con una media de 50% (Puig-Junoy, Peiró

y Tur, 2009). Ahora bien, este es el efecto bruto del cambio tecnológico ya que no considera los beneficios derivados del mismo, como por ejemplo, las mejoras de la calidad de vida, incremento de la esperanza de vida, entre otros, que dan cuenta del valor que le da la sociedad a estas innovaciones.

Aún cuando la evidencia es robusta y permite concluir que la mayor parte del incremento del gasto se debe al cambio tecnológico, no significa que éste sea algo negativo para los sistemas de salud. Cutler y McClellan (2001) señalan que la incorporación de una nueva tecnología no sólo debe considerar sus costos sino que también sus beneficios y por tanto se debiesen descartar aquellos cambios en los cuales el incremento de los costos es superior a los beneficios.

Es acá donde surge el foco futuro de las discusiones relativas a la incorporación de tecnologías sanitarias, en el ratio coste-beneficio y en la determinación de un valor de dicho indicador que permita discriminar entre las que están por sobre y debajo de ese umbral²¹. Países como Inglaterra, Canadá, Brasil, Colombia, entre muchos, especialmente los desarrollados y con sistemas sanitarios bastante consolidados, cuentan con una institucionalidad *ad-hoc* para la evaluación de las tecnologías sanitarias (ETESA) donde, a su vez, están claros los procesos y criterios para la toma de decisiones.

En Chile sólo contamos con una institucionalidad dedicada a la ETESA donde están establecidos los procesos y criterios para la inclusión o descarte de una tecnológica sanitaria, para las patologías GES (Ley N°19.966) y los tratamientos y diagnósticos de alto costo- Ley Ricarte Soto (Ley N°20.850). En cada uno ellos se exige la existencia de evidencia que dé cuenta de su efectividad (costo-efectividad para el caso del GES), seguridad, impacto en la red, costos, entre otros y, a la vez, se encuentra normado el proceso de toma de decisiones.

Es prioritario, no sólo para controlar el crecimiento del gasto sino que más bien para que los recursos en salud tengan una mayor rentabilidad social, que se implemente el proceso de ETESA en la toma de decisiones implicando una mayor estandarización y transparencia en los procesos vigentes. Actualmente, y tal como ya ha sido mencionado, los hospitales presentan un alto nivel de libertad para la incorporación de tecnologías en sus recintos. Éstos pueden estar técnicamente fundados, pero no significa necesariamente que cumplan con los criterios de rentabilidad social y/o que se hayan evaluado todas las aristas necesarias. En el extremo, y a modo de ejemplo, se puede dar que el Hospital A decida la incorporación de la tecnología X mientras que el Hospital B decida no hacerlo, generando inequidad (sin justificación aparente) en el acceso de la población a diversas prestaciones de salud.

21 El criterio de costo-beneficio no aplica para tratamientos que son utilizados para sub grupos reducidos de la población. Para patologías de baja prevalencia, se utilizan de forma complementaria otros criterios, tanto objetivos como subjetivos.

4.5. Mecanismos Complementarios de Contratación de Personal Sanitario

En nuestro país se dan dos fenómenos que determinan la asignación del personal sanitario. Por una parte, el reducido número del mismo en relación a las necesidades de la población y por otra, la existencia de un sistema público y otro privado que compiten por dicho recurso, el cual al ser escaso presenta un alto poder de negociación.

OECD (2015) nos proporciona un diverso set de indicadores que permiten comparar la situación de Chile con el resto de los países asociados. Por ejemplo, Chile presenta una densidad de médicos y enfermeras cada 10.000 habitantes de 19,1 y 22 respectivamente, mientras que el promedio de la OECD es 33 y 22. Luego, en nuestro país la escasez de médicos especialistas es un hecho evidenciado.

En base a la información y análisis desarrollado en el documento del Minsal (2016) se puede concluir que la escasez del personal sanitario se hace aún más crítico en el sector público. Tan sólo un 36% de los médicos inscritos²² (considerado el universo) es parte de la dotación médica del sector público y las brechas observadas no son sólo en términos agregados sino que también existen problemas de distribución regional y a nivel de especialidades médicas. Cabe destacar que la “brecha” es un proceso dinámico en el cual interactúan las políticas públicas que se implementan para su cierre y a los factores de demanda-necesidad que las determinan.

El Estado, con el objeto de garantizar el acceso y calidad de las prestaciones de salud, debe disponer de diversos mecanismos de contratación, incentivos remuneracionales y no remuneracionales, que permitan incentivar la formación del personal sanitario calificado necesario y la retención y colocación geográfica de este recurso. Sin embargo, el sector público, al no ser el único empleador, compite con un sector privado creciente y agresivo en sus estrategias remuneracionales y contractuales, lo que dificulta la permanencia de los equipos humanos en el sistema público.

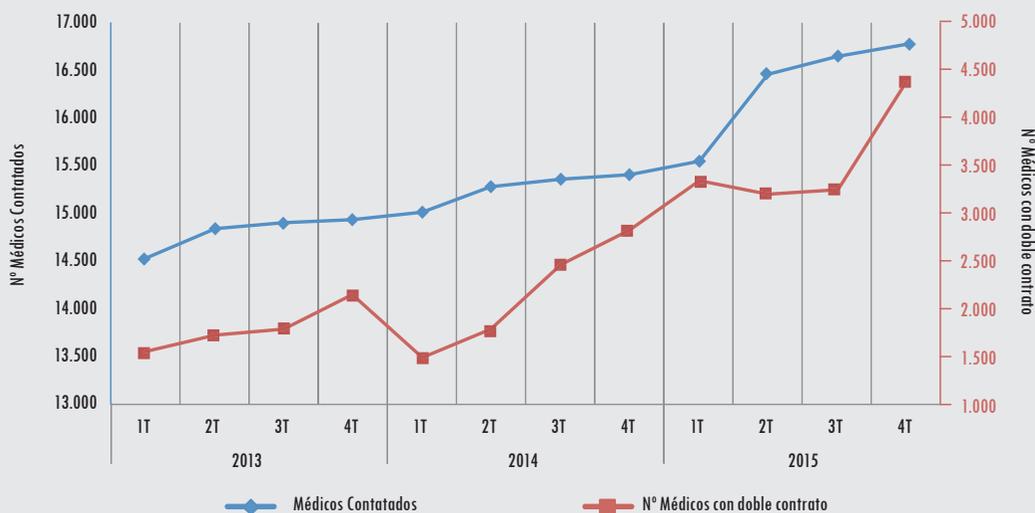
Hoy el sector público, con la finalidad de otorgar prestaciones de salud en el mismo sistema, se encuentra utilizando mecanismos de contratación complementarios a los habituales, entendidos como las leyes de los funcionarios públicos (Ley N°18.834) y médicas (Ley N°15.076, N°19.664 y D.F.L N°29, N°30 y N°31, todos de 2001), vía honorarios y compras de servicios a sociedades de profesionales. Estos mecanismos, a diferencia de los tradicionales, permiten una alta discrecionalidad en la determinación de la valorización de la hora o servicio prestado.

La Figura 13 muestra que, entre el primer trimestre de 2013 y el primer trimestre de 2015, los profesionales médicos contratados en cargos de planta o contrata (sin considerar médicos de la APS) y que, al mismo tiempo, presentan contratos a honorarios²³, aumentaron en un 46%, observándose una variación de 1.561 a 3.350 en el número de profesionales médicos con contratos simultáneos.

22 Inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud.

23 Para efectos de este informe, esta situación será identificada como “médicos con doble contrato”.

Figura 13
Número de Médicos Contratados y a Honorarios (2013-2015)



Fuente: elaboración propia en base a estadísticas de recursos humanos de Dipres.

Además, la compra de servicios profesionales para la realización de prestaciones intrahospitalarias, en el sector público, se ha incrementado entre 2009 y 2015 en 3,5 veces (Cuadro 12), donde más de un 80% corresponde al pago de servicios otorgados por profesionales ajenos al centro de salud en el cual se realiza la intervención.

Cuadro 12
Compra Servicios Profesionales para Prestaciones Intrahospitalarias (MM\$ 2015)

Compras IntraHospitalarias	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Personal Interno	2.636	3.869	3.889	4.888	5.243	7.762	7.082	6.199
Personal Externo	5.193	5.873	4.255	5.997	13.882	18.869	21.240	27.417
Total	7.829	9.742	8.144	10.885	19.125	26.630	28.322	33.616

Fuente: elaboración propia en base a la información del Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado.

Dicho lo anterior, es fundamental que las formas de contratación habituales sean revisadas, ya que los datos demuestran que no se están otorgando los incentivos y remuneraciones suficientes para captar y retener al recurso humano capacitado y específico. Esto ha llevado al uso de mecanismos complementarios de contratación y de compras de servicios en donde sólo se da respuesta a una necesidad contingente y el Sector Público aparentemente está actuando como un tomador de precio, con un reducido poder de regulación del mercado respectivo. Es este sentido, es fundamental analizar si estas medidas coyunturales no están presionando el alza de costos del recurso humano al interior del sistema público de salud.

5. CONCLUSIONES

La deuda hospitalaria se ha transformado en un problema permanente para los Servicios de Salud y principalmente para los hospitales de alta complejidad, como consecuencia de los mayores gastos devengados por sobre el marco presupuestario asignado. Ésta se ha visto incrementada durante los años analizados (2008-2015) a una tasa de 18% real, alcanzando un máximo de \$255.131 millones en 2015.

El análisis de la deuda nos permite identificar a los Servicios de Salud y a los hospitales, en donde el problema de la deuda, medido en magnitud y criticidad, es más bien de carácter permanente en el tiempo, y por tanto, su situación no estaría respondiendo a eventos fortuitos o estacionarios. A su vez, al ser un fenómeno de características locales, radicada en los Hospitales, se debe analizar con mayor detalle la casuística hospitalaria, con énfasis en su función de producción, costos asociados y presupuesto asignado.

En vista de que la deuda es una consecuencia directa del gasto devengado que no cuenta con respaldo presupuestario, es que el presente estudio se centra en el sobregasto que incurren los Servicios de Salud y en los factores que lo determinan, siendo éstos, el presupuesto asignado y los mecanismos de transferencias de recursos y los factores demográficos (edad y epidemiología de la población) y no demográficos (cambio tecnológico, institucionalidad del sistema sanitario, mecanismos de contratación, entre otros) que influyen y determinan el gasto sanitario.

El sobregasto de los Servicios de Salud se encuentra radicado en el gasto operacional. Este gasto lo componen los gastos relacionados con el personal (subtítulo 21) y los bienes y servicios de consumo (subtítulo 22). En el período analizado, las brechas entre el gasto operacional y el presupuesto vigente (sin aportes extraordinarios) fueron, en promedio, de 7,2% llegando a un máximo en 2015 de 9,5%. Los mecanismos de financiamiento de la brecha, a través de aportes extraordinarios y reasignaciones presupuestarias, aplicados por Dipres y Minsal, han permitido disminuirla a un 3% promedio anual.

Cabe destacar que los aportes extraordinarios son transitorios y en general, exceptuando el año 2011, no son incluidos en la base presupuestaria. Estos aportes responden a circunstancias en donde la criticidad de la deuda llega al punto que se pone en riesgo la operación de un establecimiento de salud. Por lo anterior, es coherente que el sobregasto, y la deuda, no presenten cambios en su comportamiento tanto en valores absolutos como en la tendencia a mediano plazo.

Al analizar el gasto de los subtítulos que determinan el sobregasto operacional, se encuentra que, por el lado del gasto en personal, los crecimientos se fundan en el incremento de las remuneraciones y de la dotación autorizada y por un sobreuso de la modalidad de contratación a honorarios. Este último aspecto se considera el más crítico ya que las diferencias entre lo presupuestado y el gasto efectivo son de más de un 100% alcanzando valores de casi 240%.

Las causas del sobregasto en el subtítulo 21 deben ser analizadas en profundidad, ya que puede ser que el presupuesto no esté reflejando correctamente la carrera funcionaria, modificaciones de la dotación, cambios de las asignaciones, la necesidad efectiva de personal transitorio y su valorización, entre otros. Además, es necesario analizar los mecanismos tradicionales y no tradicionales de contratación, siendo éste los contratos a honorarios, y de retención del personal médico, ya que es en éstos en donde existe un mayor déficit a nivel de la red pública de salud. En particular, se deben evaluar los mecanismos de forma comparada y bajo una mirada sistémica.

En el área de bienes y servicios de consumo, lo más relevante es la compra de productos farmacéuticos (34% del gasto de este subtítulo) y la compra de prestaciones (intra y extra sistema, con una representación de un 11%). Ambos están determinados por las necesidades asistenciales derivadas de la producción, dinámicas de los mercados respectivos y la propia capacidad de los establecimientos, y están fuertemente influenciados por los llamados factores no demográficos inductores del gasto. Para contener su crecimiento es necesario tomar medidas que afecten los factores que determinan cada uno de estos gastos. En particular se requiere profundizar el análisis de los mecanismos de adquisición, de las políticas de logística, almacenamiento y entrega de los productos farmacéuticos y definir mecanismos de control para la compra de prestaciones.

Al analizar el factor presupuestario, y los mecanismos de transferencias de recursos, que afectan y determinan el sobregasto operacional de los Servicios de Salud, se destaca que la Ley de Presupuestos asigna recursos a los Servicios de Salud y son éstos los que determinan los presupuestos de cada uno de sus establecimientos de salud. Esto quiere decir que a nivel central no se tiene mayor injerencia en las decisiones y asignaciones locales, aún cuando los desequilibrios financieros locales sí están impactando en la administración financiera del Estado. Por lo anterior, es que se debiesen estudiar mecanismos y nuevas fórmulas de asignación desde el nivel central que permitan hacerse cargo de las necesidades financieras locales y a la vez analizar el rol y la responsabilidad que tienen los Servicios de Salud en la coordinación financiera de su propia red.

Los Servicios de Salud cuentan con un presupuesto altamente basado en la historia presupuestaria, y por tanto inercial, que en general se ajusta frente a cambios normativos o creaciones de programas de salud. El mecanismo de transferencia más relacionado con la producción es el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), sin embargo, presenta falencias en su configuración, en su objetivo, en los incentivos que genera en el sistema de salud, y en su valorización, la cual no refleja adecuadamente el costo de la prestación.

Más allá de lo financiero, las prestaciones PPV podrían estar desincentivado, producto de que cuentan con una valorización conocida y financiamiento cierto en el programa presupuestario de Prestaciones Valoradas, la realización de otras prestaciones de salud que pueden ser igualmente necesarias, por lo que debe ser revisado como mecanismo de priorización sanitaria, contemplando siempre la Estrategia Nacional de Salud, los Objetivos Sanitarios del decenio 2010 - 2020 y los problemas de salud jerarquizados en las GES. En efecto, la selección adversa que podría producirse en la red asistencial al priorizar su atención en la producción de PPV, incorpora dos problemas que generan aumento del gasto: por una parte, presión creciente de los Servicios de Salud a complejizar la cartera de servicios de los hospitales para atender casos más complejos y con valorización cierta (PxQ) y por otra parte, al priorizar la oferta asistencial por el incentivo presupuestario, podría desviarse de la demanda de los beneficiarios, produciendo listas de esperas en prestaciones no PPV y NO GES, impactando en la equidad en el acceso y la oportunidad en la población y entre las regiones del territorio nacional.

Se considera necesario en el área de los presupuestos y asignación de recursos orientar los esfuerzos a diseñar mecanismos de asignación y transferencia que sean capaces, en primer lugar, de reflejar las capacidades reales de producción (oferta), por ejemplo, bajo un determinado estándar de producción que considere el nivel de complejidad y la estructura del establecimiento (consideración de economías de escala), e introducir incentivos, que contemplen la totalidad de la producción hospitalaria, para que los Establecimientos de Salud actúen en forma eficiente, consiguiendo los resultados esperados de acuerdo a los estándares de costo y eficacia sanitaria exigibles.

Por su parte el análisis de los factores inductores del gasto permitió determinar la dirección de sus efectos, en algunos casos su relevancia relativa y, principalmente, diferenciar entre aquellos que tienen mayor incidencia en el crecimiento del gasto de corto plazo respecto de los que lo tienen en el largo plazo.

El estudio permite dar cuenta de la existencia de evidencia suficiente para concluir que existe una real presión al alza en el gasto sanitario, teniendo un menor impacto factores demográficos y uno mayor los no demográficos. Aún cuando ambos explican la tendencia de largo plazo del crecimiento del gasto en salud, son los no demográficos los que explicarían en mayor medida el crecimiento del gasto y sobregasto sanitario en Chile.

Los factores demográficos son más bien inevitables ya que responden al envejecimiento de la población y al cambio del perfil epidemiológico, y presentan un impacto paulatino en el tiempo. No obstante, es posible controlar su impacto de mediano plazo en el gasto en la medida que la población sea más saludable y su patología se encuentre bajo control ambulatorio, y para ello se requiere de la inversión en políticas promocionales y de auto cuidado de salud, en especial para atacar el sedentarismo, obesidad y consumo de tabaco y alcohol, y el fortalecimiento del primer nivel de atención sanitario.

Los factores no demográficos son considerados endógenos al sistema de salud y por tanto pueden ser modificados en corto plazo y, en el mediano - largo plazo, rediseñar la organización del sistema público de salud. Acá cobran relevancia los mecanismos de compra de prestaciones y de factores productivos, el cambio tecnológico, el modelo de atención sanitaria y el mercado del recurso humano capacitado y especializado. En cada uno de ellos las opciones de política pública son diversas, pero todas debiesen tener como objetivo mejorar el estado de salud de las personas al menor costo posible.

Es en este último aspecto donde el rol de las instituciones del Estado es clave y es en donde a su vez se presentan las mayores debilidades. Se hace necesario, y cada vez de forma más urgente, la generación de acciones que modifiquen los impactos de los factores no demográficos. En particular se requiere el diseño y rediseño de los mecanismos de contratación y la implementación de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias a la toma de decisiones.

Así, el problema del sobregasto, y de su deuda asociada, es el resultado de la interacción de factores presupuestarios y no presupuestarios. Sin modificar dichos factores, el sobregasto operacional seguirá incrementándose en el tiempo. Más aún, las medidas que se han tomado en los últimos años para reducir el sobregasto, en la práctica reasignando e inyectando nuevos recursos, corresponden a medidas transitorias que no aportan a la solución e incluso otorgan incentivos contrapuestos para atacar el problema. Por tanto, es necesario y prioritario que los Ministerios de Salud y de Hacienda formulen medidas y mecanismos que permitan modificar los factores que determinan el sobregasto en salud, identificando estrategias de corto y largo plazo para cada uno de ellos.

BIBLIOGRAFÍA

- Casado, M.D. (2000). “Effects of population aging on health care expenditure: myths and facts. Gaceta sanitaria/SESPAS, 15(2), pp.154-163.
- Cutler, D.M. y Meara, E. (1998). “The medical costs of the young and old: a forty-year perspective”. In *Frontiers in the Economics of Aging* (pp. 215-246). University of Chicago Press.
- Cutler, D.M. y McClellan, M. (2001). “Is technological change in medicine worth it?”. *Health affairs*, 20(5), pp.11-29.
- Cutler, D.M. y Sheiner, L. (1997).” *Managed care and the growth of medical expenditures* “ (Vol. 6140). Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Fonasa (2015). “Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) como mecanismo de pago. Experiencia piloto FONASA (2015) para hospitales públicos y establecimientos privados en Chile”. Documento de Trabajo.
- Jacobzone, S., Cambois, E., Chaplain, E. and Robine, J. (1998). “The Health of Older Persons in OECD Countries: Is it Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing?”. Paris View Article Google Scholar.
- Minsal (2007). “Carga de Enfermedad y Carga Atribuible”. Informe final, elaborado por la Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Minsal (2012). “Estudio Verificación del Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas - EVC-2012 “. Informe final, elaborado por Consultora Bitran & Asociados Ltda.
- Minsal (2014). “Análisis de la Casuística Hospitalaria Comprado 2012-2013 en 60 Hospitales de Chile (Mayor Complejidad), Sistema Grupos Relacionados por Diagnóstico Internacionales Refinados, GRD-IR”. Programa Clínico-Financiero, Departamento de Desarrollo Estratégico.
- Minsal (2016). “Informe Sobre Brechas de Personal de Salud por Servicio de Salud. Glosa 01, letra i. Ley de Presupuestos N°20.882 y 20.890 año 2016”.
- OECD (2015).” *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*”. OECD Publishing, Paris.
- Pontificia Universidad Católica de Chile (2012). “ Estudio de Costos de Prestaciones de Salud-2011”. Informe Final.
- Puig-Junoy, J., Peiró, S. y Tur, A. (2009). “El impacto de las tecnologías sanitarias sobre el gasto: evidencia y políticas públicas”. Centre de Recerca en Economia i Salut - CRES, Universitat Pompeu Fabra.
- Wanless, D. (2002). “Securing our Future Health: Taking a Long-Term”. View. London: HM Treasury.

