



**LA REFORMA DE SALUD EN CHILE: CAMBIOS INSTITUCIONALES, LOGROS Y  
DIFICULTADES EN SU IMPLEMENTACIÓN**

by

Luz Cerededa T.  
Lorena Hoffmeister

December 2008

**CMD Working Paper #08-05e**

Pontificia Universidad Católica de Chile  
Instituto de Sociología / Facultad de Ciencias Sociales

**LA REFORMA DE SALUD EN CHILE: CAMBIOS INSTITUCIONALES, LOGROS Y  
DIFICULTADES EN SU IMPLEMENTACIÓN<sup>1</sup>**

**Autoras: Luz E. Cereceda T  
Lorena Hoffmeister**

**Diciembre 2008**

---

<sup>1</sup> Trabajo realizado como parte del proyecto de investigación comparativo “Institutions and Development” dirigido por el profesor Alejandro Portes, Director del Center for Migrations and Development, Universidad de Princeton, U.S.A.

<b>INDICE</b>	<b>Página</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>1. ANÁLISIS HISTÓRICO DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE</b>	<b>5</b>
1.1 La Reforma de 1952 y la Creación del Servicio Nacional de Salud	6
1.2. Período del Régimen Militar: Reforma Neoliberal de 1981.	7
1.3 Gobiernos de la Concertación: Período de Pre -Reforma (1990- 2003)	9
<b>2. LA REFORMA EN CURSO (2004-2008)</b>	<b>10</b>
2.1 Antecedentes que dan origen a la Reforma	10
2.2 Reforma de Salud: Principios, Objetivos y Mecanismos Legales	12
2.3 Plan AUGE o de Garantías Explícitas de Salud (GES)	13
2.4 La Autogestión en Red de los Hospitales de Alta Complejidad	15
2.5 Cambios Administrativos en el Sistema de Salud	16
<b>3. ESTUDIO DE CASO: EL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO.</b>	<b>17</b>
3.1 Historia del Complejos Asistencial Barros Luco.	18
3.2 Estructura y cambios en la gestión del Complejo Asistencial Barros Luco	20
3.3 Impacto de la Reforma de Salud en el Complejo Asistencial Barros Luco	21
3.3.1 Reclutamiento y Promoción Meritocrática	21
3.3.2 Transparencia, Control e inmunidad a la Corrupción	25
3.3.3 Estructura de Autoridad e Islas de Poder	28
3.3.4 Proactividad hacia los Usuarios	31
3.3.5 Tecnología y Gestión	37
3.3.6 Aliados Externos	40
3.3.7 Alineamiento institucional con políticas del Gubernamentales	41
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO 1 DATOS ESTADÍSTICOS Y DEMOGRÁFICOS</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO 2 HOSPITALES AUTOGESTIONADOS EN RED</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO 3 ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD EN CHILE</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO 4 ESTRUCTURA DEL COMPLEJO ASIETENCIAL BARROS LUCO</b>	<b>64</b>

## INTRODUCCIÓN

En el presente estudio se indaga acerca de las relaciones entre las características de las instituciones, la forma de funcionamiento de las organizaciones públicas y el nivel de bienestar y desarrollo que alcanzan las sociedades. Es de interés conocer la incidencia de aspectos específicos, tales como la estructura normativa, las formas y estilos de gestión, la cultura organizacional así como el diseño e implementación de políticas sociales tienen en los procesos de modernización, desarrollo y bienestar social. En otras palabras, se busca conocer los factores que potencian y/o limitan que las organizaciones públicas sean eficientes, equitativas, pro-activas y al servicio de los ciudadanos y del desarrollo del país.

Bajo esta perspectiva se indaga en las transformaciones que han experimentado las instituciones y reparticiones públicas de salud en Chile, en términos de sus adecuaciones a los cambios epidemiológico y de contextos socio económico y cultural. Estudiar los sistemas de salud, así como un hospital, como parte central de una institución grande y altamente compleja, en que se plasman las transformaciones y las reformas es muy interesante por diversos factores. En primer lugar, porque en salud la demanda es siempre mayor que la oferta, por lo que las posibilidades de satisfacer la demanda es un desafío difícil de lograr. En el caso de Chile, este reto es aún mayor dado que el gasto público en esta cartera ha sido históricamente bajo comparado con otros países latinoamericanos; por otra parte, el mayor nivel de educación de la población, así como el mayor conocimiento que tienen los ciudadanos de sus derechos, ha generado una fuerte presión sobre dicho sistema. A esto último se suma, que éste es un ámbito que preocupa a la mayor parte de la población, existiendo mucho temor de no poder acceder a un hospital en caso de enfermar y requerir atención médica. Por último, los hospitales públicos chilenos son instituciones que históricamente han funcionado con servicios y especialidades autónomos, constituyéndose los médicos en una burocracia profesional poderosa, con un gremio médico fuerte, por lo que es difícil y complejo introducir cambios, especialmente en hospitales grandes de alta complejidad como el Complejo Asistencial Barros Luco, el cual forma parte de este estudio.

Los mayores niveles de desarrollo, las transformaciones demográficas, culturales y en los estilos de vida, han generado importantes cambios epidemiológicos en la población, que han hecho indispensable reformar el sistema de salud chileno. Que la esperanza de vida haya aumentado tan significativamente, ha generado un desplazamiento de las muertes y enfermedades en edades tempranas y por agentes infecciosos, a enfermedades crónicas, generando un cambio sustancial en los patrones de enfermedad y salud. Esto implica importantes desafíos para el sistema de salud, el cual, desde hace más de medio siglo ha estado volcado y orientado a la curación de enfermedades que si bien siguen estando presentes, no son ni serán las principales responsables del daño en salud de nuestra población.

Estas transformaciones epidemiológicas y demográficas, las inequidades en salud, unidas a la necesidad de racionalizar y mejorar la eficiencia de los hospitales públicos, han impulsado una reforma que ha impactado y tensionado fuertemente el sistema de salud y muy especialmente los hospitales públicos de alta complejidad.

Los hospitales públicos son organizaciones altamente complejas dado que en su proceso productivo interfieren diversos servicios muy distintos entre sí. Por otra parte, el que sean instituciones jerárquicas y caracterizadas por una burocracia profesional, significa que los médicos ejercen al interior de la organización un poder casi incontrolable.

Las tensiones generadas por la reforma están fuertemente vinculadas a la cultura médica, la cual se caracteriza por ser: elitista, los médicos son una especie de seres superiores que se mueven entre la vida y la muerte; jerárquica, ya que considera como subordinado a todo aquél que no está ligado al ámbito clínico; una cultura en que la legitimación es entre pares y marcada por símbolos de quienes están adentro y quienes no lo están; y una cultura en que no caben criterios económicos sino sólo técnicos médico.

Desde el punto organizacional, la Reforma de Salud del 2004 apunta a generar una gestión hospitalaria moderna y eficiente, con metas claras y financiamiento ligado a resultados, lo que ha sido fuente de conflicto y de resistencia tanto de los médicos como de los funcionarios no médicos. Este rechazo obedece al temor, frecuente en el mundo clínico, a que se privilegie la cantidad por sobre la calidad de la atención, a perder poder y tener que subordinarse a un poder administrativo que imponga parámetros de otro dominio, como la economía.

A lo anterior se suma las visiones dispares que tienen las autoridades del Ministerio de Salud y los médicos respecto al problema hospitalario. Mientras para las autoridades, el problema central es de gestión interna de los hospitales, el sentimiento generalizado entre los médicos es que están en un sistema no financiado, de escasez y mal pagado.

Los cambios impulsados por la reforma que han tensionado el sector salud y en particular a los hospitales públicos, son el Plan Auge, el cual da garantías y oportunidad de atención a 56 patologías y la autogestión en los hospitales tipo 1, es decir, aquellos de alta complejidad. Ambos factores han significado cambios tanto en la estructura hospitalaria como en su funcionamiento interno.

El presente estudio se hizo en base a revisión bibliográfica y de estudios en el área, información que se complementó con datos e información de prensa. El estudio empírico se concretó en un hospital de la región metropolitana, el Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau y el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) del cual depende el Complejo. Se complementó la información con entrevista a dos ex directores de hospital, al Subdirector de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, a dos altos Directivos de Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), a la encargada del SIGGES (Sistema de registros AUGE), al contralor de SSMS, a la Directora del Hospital y Directora de Administración y Finanza, a dos Jefes de Servicios Clínicos del Hospital, a una Coordinadora de Enfermería, al Presidente y Secretario General del Gremio de Trabajadores no Médicos de la Salud (FENPRUSS), y dos médicos. En total se hicieron 14 entrevistas.

El estudio consta tres partes, en la primera se hace un análisis histórico del sistema de salud en Chile, centrado fundamentalmente en la reforma de 1952, la reforma neoliberal del gobierno militar en 1981 y en la reforma de la salud del gobierno de la Concertación en el 2004. La segunda parte, corresponde al estudio de caso. Luego de un breve recuento

histórico, se examinan los cambios que la actual reforma a la salud ha generado en el funcionamiento y gestión de un emblemático hospital de la capital, el Complejo Asistencial Barros Luco. En la tercera sección, se analiza el impacto del proceso modernizador sobre la organización y gestión del hospital estudiado, considerando seis dimensiones centrales que comprende el marco conceptual de este estudio a) Presencia o ausencia de políticas de reclutamiento y promoción meritocrática; b) Grado de inmunidad que presenta la institución a la corrupción y a la captura por parte de intereses particularistas; c) La existencia o no de “islas de poder” que reviertan los fines institucionales; d) La existencia o ausencia de políticas pro-activas hacia los usuarios; e) El grado de flexibilidad tecnológica y apertura a las innovaciones; y f) Los aliados y vínculos del hospital para influenciar las decisiones de gobierno o recibir apoyo para impulsar los cambios. Por último, se ve el grado en que se ajusta la institución estudiada a los objetivos de la Reforma, así como su contribución al desarrollo de una sociedad más eficiente, equitativa y participativa.

Una limitación del presente estudio, es que se realizó estando la reforma en marcha. Los dos aspectos centrales de la reforma, el Plan Auge y la Autogestión de los hospitales de alta complejidad, son políticas que se están implementando en forma gradual. El Plan Auge se inicia el año 2005, incorporando las primeras 25 patologías garantizadas, en el 2006 se ampliaron a 40, a mediados del 2007 a 56 patologías, y se espera llegar el 2010 a 80 patologías garantizadas. Por su parte, la política de autogestión hospitalaria se inicia el 2006, incorporándose gradualmente los 56 hospitales, actualmente hay once hospitales autogestionados, debiendo estar todos en dicha condición en Enero del 2009, según lo establece la ley.

## **1. ANÁLISIS HISTÓRICO DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE**

Desde fines del siglo XIX en países latinoamericanos se desarrollaron una serie de iniciativas sociales enfocadas a socorrer a una población muy empobrecida y con graves problemas de salud, desde la noción de caridad pública. Chile no fue ajeno a este fenómeno, sin embargo, un elemento distintivo es que tempranamente estas iniciativas confluyeron en una coordinación nacional a través de una agencia con una fuerte presencia estatal, llamada Comisión de Beneficencia Pública. A la par surgía una institución que jugaría un rol central en la salud pública chilena: la Sociedad Médica de Chile, creada en 1873. A este desarrollo institucional se agrega el temprano reconocimiento constitucional del concepto de Salubridad Pública, en 1833.

En las primeras décadas del siglo XX y antes que en países vecinos, en Chile se promulgaron leyes e instrumentos legales como el código de salud y se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión. Además, se unificaron diversas actividades enfocadas a la salud de la infancia y adolescencia, se creó la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, que jugó un importante rol en la formación de los profesionales que se desempeñarían en el futuro SNS.

El contexto político de esa época estuvo marcado por el desarrollo de movimientos de la clase trabajadora y la emergencia de una clase media, a la par de numerosos debates en torno

a la situación de salud que afectaba especialmente a los sectores menos favorecidos. Todas estas fuerzas confluyeron en el desarrollo de lo que muchos científicos sociales llaman Estado Benefactor o Estado Protector. (Mardones-Restat y Azevedo, 2006)

### **1.1 La Reforma de 1952 y la Creación del Servicio Nacional de Salud**

A fines de 1952, se crea el Servicio Nacional de Salud, que estructuralmente significó una integración vertical de las funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud. En esta nueva organización se fundieron más de 15 instituciones dispersas del sector, tanto pública como privada. La integración fue hacia una estatización de la salud en el país. En torno al SNS se desarrollaron diversas innovaciones tecnológicas y programas de salud con reconocidos resultados sanitarios. En alianza y cooperación con la Universidad de Chile, el SNS fomentó la formación de profesionales de salud y se crearon exitosos programas como el de médicos generales de zona, que dieron cobertura sanitaria en todo el país.

El SNS se inspiró en la filosofía, objetivos y organización del National Health Service establecido cuatro años antes por el gobierno de Gran Bretaña. Era un organismo público de administración autónoma, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relacionaba con el gobierno a través del Ministerio de Salud. Estaba organizado en zonas de salud según la organización político-administrativa de la época, las que poseían hospitales de diversa complejidad, consultorios periféricos y postas rurales en todo el país. Era dirigido por un director general, propuesto por el gobierno y designado por el Senado de la República, y un Consejo Nacional de Salud, presidido por el ministro de Salud e integrado por representantes del Parlamento, patronales, obreros, instituciones gremiales y universitarias. Los directores de las zonas de salud debían ser médicos especialistas en salud pública, al igual que los directores de áreas hospitalarias bajo su jurisdicción. Los cargos directivos eran llenados por concurso público de antecedentes, incluidas las jefaturas de los servicios clínicos y de apoyo clínico. Los jefes de los servicios clínicos (Medicina, Cirugía, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Neurología, Urgencia, etcétera) poseían autoridad plena sobre todos los estamentos profesionales y no profesionales que los integraban y eran responsables directos de su funcionamiento. La respetabilidad y la calidad de los jefes de servicios clínicos para asegurar la buena atención de las personas y de los salubristas para llevar a cabo las acciones de higiene pública, promoción de la salud y prevención de las enfermedades se consideraban decisivas. En los hospitales, el director era asesorado por un consejo técnico integrado por los jefes de los servicios clínicos para coordinar y resolver los problemas médicos que se enfrentaban. Existía una estrecha relación entre las facultades de Medicina y los grandes hospitales docentes del sector público, siendo habitual que los jefes de servicio fueran, a su vez, profesores de las cátedras universitarias, lo que favorecía la calidad de la atención, el perfeccionamiento profesional y el progreso de la medicina. Desde el punto de vista sanitario, el advenimiento del SNS contribuyó en poco más de dos décadas a mejorar sustancialmente la situación de la salud colectiva en el país. (A. Goic, Debilidad subyacente del Sistema de Salud, El Mercurio, 12 de Noviembre 2008).

## 1.2. Período del Régimen Militar: La Reforma Neoliberal de 1981.

En el periodo militar los cambios en salud, como también en los demás sectores sociales, formaron parte de un conjunto amplio de reformas estructurales neoliberales basadas en la apertura de la economía, las privatizaciones, el papel subsidiario del Estado, la primacía del mercado para la asignación de recursos y la des-regulación generalizada de los mercados domésticos

Hacia fines de la década de 1970 el sistema de salud chileno había alcanzado una cobertura del orden del 80% de la población. Sin embargo, existían problemas que dificultaban su desempeño. Entre ellos destacaban los siguientes: - habían fuertes diferencias entre los beneficios que tenían obreros y empleados; - una fracción importante de la población beneficiaria no aportaba cotizaciones para el financiamiento de la salud; - y había una excesiva centralización, jerarquización y burocratización del sistema público, lo que se traducía en una administración deficiente y con escasa capacidad de respuesta frente a las necesidades de las personas. (Oyarzo, 1994)

Consecuente con el modelo neoliberal que se impulsa durante el gobierno militar (1974-1989), se ve como solución a dichos problemas, la extensión de la **privatización** de la salud. El gobierno inicia en 1980 una profunda reforma en el sector salud, sólo comparable, en términos de impacto organizacional, a la de 1952, cuando se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS). (Mideplan, 1996: 143).

La lógica del proceso era reducir el aparato estatal, el gasto público y aligerar la carga impositiva. En la línea de disminuir la **importancia del Estado**, en 1981 se realizó una Reforma Previsional, amarrada en los decretos ley N° 3.500 y 3.501, que transforma el sistema Previsional desde un sistema solidario público, - que incluía salud y previsión, y tenía financiamiento tripartito (estado, empleadores, trabajadores)-, a uno de capitalización individual, privado para la previsión (AFP) y mixto en salud, es decir las personas pueden optar por el sistema privado o por el sistema público. Este último contempla un componente de **solidaridad** que no está presente en los seguros privados de salud. Este sistema significó que las personas con sueldos altos optaran por el sistema privado y las de menores recursos permanecieran en el sistema público, generándose lo que algunos llaman el 'descreme' del sector público y en una salud para rico y otra para pobres.

Para **financiar la salud** se introdujo la obligación de que los trabajadores depositaran una cotización salarial especial, explícita y creciente en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), en caso de optar por el sistema público, y en una Institución de Salud Previsional (ISAPRE), si la persona optaba por el sistema privado. (Mideplan, 1996: 143). En ambos sistemas los usuarios deben pagar un porcentaje de su sueldo como cotización obligatoria, sin embargo, en los seguros privados el beneficiario negocia con una ISAPRE, tanto los montos como los beneficios a los cuales tendrá derechos el beneficiario y su familia.

En 1985, se promulgó la ley 18.469, que estableció el esquema de cobro diferenciado por niveles de ingreso (**co-pago**), que sustituyó la gratuidad que caracterizaba el régimen de los

antiguos beneficiarios del Seguro Obrero<sup>2</sup>. A cambio, esta ley abrió a los empleados beneficiarios del ex SERMENA, la posibilidad de acceder a los hospitales públicos en igualdad de condiciones que los obreros, con lo cual se pone fin a la diferenciación entre obreros y empleados.

El modelo de administración cambió radicalmente en 1979, al transformarse el SNS en un Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). En los hechos el SNS perdió su carácter de entidad pública autónoma y pasó a depender directamente del Ministerio de Salud, sumándose así a la administración pública centralizada. Se suprimió la participación del Parlamento en la designación del Director General de Salud y la participación de la comunidad al suprimirse el Consejo Nacional de Salud, con estos cambios las exigencias para ocupar cargos directivos superiores se debilitaron. Según Goic (2008), las consecuencias del modelo adoptado fueron que las designaciones, al pasar a los gobiernos, se tendió a privilegiar la tendencia política de los candidatos más que su idoneidad profesional con lo que se habría debilitado la autoridad real de las jefaturas, tanto de los Directores de los Servicios de Salud, como de los Directores de Hospitales y Jefes de Servicios.

La reforma **administrativa** neoliberal además descentralizó el SNSS en 26 servicios de salud autónomos, manteniendo el Ministerio de Salud la responsabilidad normativa y de control, los Servicios de Salud quedaron a cargo de administrar los hospitales y se traspasó la administración de los establecimientos de atención primaria (postas y consultorios) desde el SNSS a las municipalidades.

Se buscó **aumentar la eficiencia** de los hospitales a través del reemplazo de los presupuestos basados en el costo histórico global, sustituyéndolo (aunque parcialmente) por un pago retrospectivo asociado a los niveles de producción obtenidos en el período previo. Se crearon mecanismos de transferencia de recursos financieros conocidos como 'facturación por atención prestada' (FAP) para los hospitales, y facturación por atención prestada en el nivel municipal (FOPEM) para el pago a los consultorios a cargo de los municipios. (Mideplan, 1998: 147).

Esta reforma generó una fragmentación y segmentación del sistema de salud, que afectó tanto el financiamiento como la prestación de los servicios de salud. La municipalización de la atención primaria se realizó con bajo consenso social, pocos recursos profesional y técnico, y con un precario traspaso de recursos y tecnología desde el nivel central hacia los municipios. En el nivel secundario de atención, este proceso redundó en un abandono del financiamiento y de la inversión en los hospitales públicos y en una merma en los incentivos y remuneraciones del personal sanitario. Por otro lado, se afectó notablemente la oferta y distribución de profesionales de la salud, principalmente de especialistas, al reducir los incentivos para ejercer en el sistema público, en ciudades pequeñas y en el mundo rural. (Mardones-Restat y Azevedo, 2006) Por último, la nueva organización jurídico-

---

<sup>2</sup> Actualmente el tramo A corresponden a los indigentes y quienes no reciben ingresos, el B son aquellas perciben hasta un sueldo mínimo, los tramos A y B no pagan. El C comprende las personas que tiene entre 1 hasta 1,4 sueldos mínimos y pagan un 10% por intervención, las del tramo D son quienes perciben mas de 1,4 sueldos mínimos y pagan 20%.

administrativa favoreció la intromisión de la burocracia política en el sector público de salud.

### 1.3 Gobiernos de la Concertación: Período de Pre- Reforma (1990-2003)

El primer período de los gobiernos democráticos, 1990 a 2003, fue una fase de continuidad de la política impulsada en los años anteriores, por un lado, y de reforzamiento del sistema público en cuanto a mejoras económicas del personal, en gestión y en inversiones en equipamiento e infraestructura de los establecimientos públicos. Una segunda etapa la constituyó la Reforma del sistema de salud con la implementación del Plan AUGE.

La decisión de recuperar el sector público de salud, se tradujo en medidas para mejorar el acceso de la población a la salud, impulsar la modernización de los hospitales y consultorios, corregir las inequidades y aumentar eficiencia. Para ello el plan contempló inversiones en obras físicas y equipos; apoyo al desarrollo institucional; reforzamiento y creación de programas dirigidos a los grupos más desprotegidos. Se dio prioridad a las áreas más deterioradas que eran las remuneraciones al personal de salud y la reparación de los equipos e infraestructura de prácticamente todos los establecimientos hospitalarios y reforzamiento de la atención primaria<sup>3</sup>.

Entre 1990 y 1995, el gasto tuvo un aumento real de 140% en el aporte fiscal el cual se financió gracias a la reforma tributaria. El aporte fiscal en términos del PGB, aumentó de 0,7% en 1989 a 1,3 en el 1996 y a 6,1 el 2003.

Otros cambios significativos en este período fueron: extensión de la gratuidad en todas las prestaciones para los usuarios pertenecientes al primer nivel de atención del sistema público; aumento en la bonificación de las consultas médicas a los beneficiarios del sistema libre elección, FONASA; se impulsa una política de desarrollo del **recurso humano para mejorar la calidad de la atención** a los usuarios; y se busca establecer mecanismos para reducir las listas de esperas, Programa Oportunidad de Atención y Programa de Prestaciones Complejas, ambos con escasos resultados.

Se creó una Superintendencia de ISAPRE, y se reestructuró y modernizó el FONASA. Adicionalmente se incrementó el proceso de descentralización y mejoras en la gestión de los hospitales a través de asignaciones de recursos asociada a resultados y compromisos de desempeños. Se cambió del sistema facturación por pago por resultados (FAP) a la asignación de recursos mediante el sistema **Pago Asociado a Diagnóstico (PAD)** y **Pago por Prestaciones (PPP)**. Este sistema mixto busca retribuir a los hospitales a través de dos vías: por una parte el pago por resultado (PAD) de tipo prospectivo y medido a través de la resolución de ciertos diagnósticos previamente definidos y, por otra, el Pago Prospectivo de Prestaciones (PPP), rige para la producción no asociada a PAD<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Para más detalle ver Anexo 1 Datos Estadístico y Demográfico, Figura 8 y 9.

<sup>4</sup> **La filosofía del PAD** es que los proveedores sean retribuidos por el tratamiento y la recuperación de patologías específicas, previamente estandarizadas. Para calcular los costos asociados a los PAD, se seleccionó un conjunto de patologías con tres criterios: alto impacto en el gasto; alta frecuencia con respecto al total de prestaciones y factibilidad de estandarizar

Según registros de prensa, del Colegio Médico y de estudios realizados, las opiniones de los médicos respecto al sistema de pago PAD-PPP eran bastante negativas. Se consideraba que el reembolso producía una brecha en contra del hospital, al ser mayores los gastos que lo que reembolsaba FONASA. Por otra parte, para hacer efectivos dichos mecanismos de pago se requería el compromiso, la capacitación y valoración por parte de los médicos y del personal de apoyo, en cuanto registrar todas las acciones realizadas, lo que claramente no existía. Por último, se criticaba que FONASA no pagaba el valor real de las prestaciones y que siendo el único comprador imponía los precios en forma unilateral.

## 2. LA REFORMA EN CURSO (2004-2008)

### 2.1 Antecedentes que dan origen a la Reforma

En el año 2002 se inician los estudios que darán las bases para la reforma del sistema de salud del año 2004, inspirada en los principios de derechos a la salud de las personas; la equidad; la eficiencia y la participación social.

Los factores que impulsan a la REFORMA del sistema de salud son los siguientes: el cambio demográfico y epidemiológico experimentado por la población; - asegurar una mayor equidad en el acceso a la salud de la población: - necesidad de modernizar la gestión pública de los hospitales; - y la conveniencia de potenciar y equipar a los consultorios ya que los adelantos técnicos en salud permiten tratar en forma ambulatoria diversas patologías que antes requerían hospitalización

Durante las últimas décadas, la población chilena ha experimentado un proceso acelerado de **transición demográfica**<sup>5</sup>, caracterizado por un significativo aumento de la esperanza de vida, una drástica reducción de la fecundidad y de la mortalidad en todas las edades, lo que ha tenido como consecuencia **un cambio sustancial en los patrones de enfermedad y salud**. Esto implicaba importantes desafíos para el sistema de salud, el cual, desde hacía más de medio siglo había estado volcado y orientado a la curación de enfermedades transmisibles que, si bien siguen estando presentes, no son ni serán las principales responsables del daño en salud de nuestra población.

A partir de los años 70, Chile, al igual que los países con mayor nivel de desarrollo, pasó de tener como principales causas de muerte las enfermedades transmisibles en la niñez, a una mayor carga de muertes por enfermedades no transmisibles y en edades avanzadas, además de aparecer las violencias o traumatismos como una causa de muerte de relativa importancia en edades intermedias. La situación epidemiológica y demográfica ha puesto de relieve la importancia de las enfermedades crónicas, de sus factores de riesgo y de los determinantes de la salud. Los chilenos viven más, lo que posibilita que se desarrollen una serie de enfermedades cuya aparición y progresión depende de los efectos acumulativos de variadas **condiciones de vida** y que, si bien, no son los causantes de la muerte a corto plazo, sí son responsables de una peor calidad de vida y de diversas dolencias y malestares por parte de la población.

---

<sup>5</sup> Para mayores antecedentes, ver: Anexo 1 Datos Estadísticos y Demográficos, Tabla 1 y Figuras 1y 2 y Omram AR. *The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change*. The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 731–57). Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 49, No. 4, Pt. 1, 1971 (pp. 509–38).

Otro factor que hace necesario reformar el sistema de salud es la inequidad. El tipo de sistema del cual es beneficiaria la persona, público o privado, es un indicador de la segmentación e inequidad del sistema de salud. El sistema público de salud acoge al 77,9% de la población chilena, mientras que el sistema privado (ISAPRES) al 13,7%. Por otra parte, la población de más bajos ingresos, las mujeres y los niños son quienes acceden en mayor proporción al sistema público. El sistema privado concentra la población con mayores ingresos y a los hombres adultos<sup>6</sup>. Esta segmentación poblacional de los beneficiarios del sistema de salud, implica que los grupos con mayores riesgos de salud y más necesidades de atención sanitaria, es decir, los más pobres, las mujeres en edad fértil, los niños y los ancianos, son en mayor proporción usuarios del sistema público de salud.

El diagnóstico era que el sistema de salud requería cambios institucionales y organizacionales para enfrentar las importantes desigualdades en el acceso y cobertura de las atenciones de salud de la población. Las evaluaciones sectoriales indicaban que había una red asistencial poco integrada y con una coordinación débil tanto en el sistema público como en la complementación público-privada; un sistema con un fuerte énfasis en los aspectos curativos por sobre la prevención de la enfermedad y promoción de la salud; que los grandes hospitales del sector público carecían de autonomía y flexibilidad para administrar sus recursos y realizar convenios con terceros; y que habían expectativas crecientes de la ciudadanía respecto a los servicios de salud por los mayores niveles de educación y de información alcanzados por la población. Dichos antecedentes dan origen el 2002 a los estudios que servirán de base para la Reforma de Salud.

En términos de modernización de la gestión, los gobiernos democráticos, desde sus inicios en el año 1990, se enfrentaron al desafío de generar cambios profundos, dentro de la institucionalidad pública, que permitieran responder adecuadamente a las necesidades y demandas que surgen en el contexto de una mayor globalización. Se busca mejorar la transparencia en la gestión pública y entregar más igualdad de oportunidades a todos los ciudadanos.

Se impulsan e implementan una batería de instrumentos que buscan modernizar la gestión de las instituciones públicas. Dichos instrumentos tienen por objeto alinear las instituciones con las políticas del gobierno, que contengan y consideren compromisos concretos de gestión, aprendan sobre las mejores prácticas y se enfoquen en las áreas con mayores retrasos o debilidades. Para esto, las instituciones deben elaborar un Plan Estratégico Institucional, definir metas, recursos humanos y financieros necesarios para alcanzar dichas metas e indicadores de desempeño.

En términos de dar espacios a los ciudadanos y que éstos se puedan expresar, opinar y manifestar sus quejas, se determinó que todas las reparticiones públicas deben contar con una Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS). Junto con ello, buscando generar mayor transparencia, se estableció que las compras públicas, deben hacerse todas por el portal de Chile Compra.

---

<sup>6</sup> Ver Anexo 1 Datos Estadísticos y Demográficos, Figuras 3 a 7.

## 2.2 Reforma de Salud: Principios, Objetivos y Mecanismos Legales

En el año 2002 se inicia la reforma del sistema de salud inspirada en los siguientes principios:

- **Derecho a la salud:** la salud es un derecho de las personas. Esto significa que toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, debe contar con un mecanismo de protección social y con acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar situaciones de enfermedad, así como tener condiciones saludables en su comunidad y trabajo, dentro de las capacidades y recursos del país.
- **Equidad en salud:** la equidad en salud es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de reformar. La Reforma de salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y de acceso universal a las atenciones de salud.
- **Eficiencia:** significa incentivos para controlar costos. Para alcanzar un alto nivel de eficiencia en el uso de recursos, es necesario hacer mejoras de gestión que involucren tanto la gestión de los recursos financieros como a los propios beneficiarios, en lo referente a una mejor focalización y uso de los subsidios en salud.
- **Participación social en salud:** la participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de las políticas y programas sectoriales, constituye una dimensión importante de la vida cívica democrática. Implica reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad de servicio, así como el uso eficiente de los recursos. Permite, asimismo, que los ciudadanos expresen sus preferencias y expectativas respecto del sistema de salud y de las correspondientes políticas públicas.

Los objetivos de la Reforma que están directamente vinculados a los antecedentes que la originaron son:

- Favorecer la **integración de los subsistemas público y privado** bajo una lógica común que utilice como eje ordenador las reales necesidades y expectativas de sus usuarios.
- **Mejorar el acceso a la salud a los grupos más desfavorecidos** de la población, y también, acabar con la discriminación que afecta a mujeres, ancianos y niños.
- **Adecuar el modelo de atención** y los servicios de salud ofrecidos al actual perfil bio-demográfico de la población (más envejecida y afectada de enfermedades crónicas y degenerativas), a las tecnologías disponibles y la evidencia científica.
- **Aumentar la seguridad y confianza de las personas** en el sistema de salud, explicitando sus derechos y deberes, abriendo canales de participación e incorporándolos activamente en su autocuidado.
- **Modernizar la organización y gestión del sector público**, en función de los nuevos desafíos: una autoridad sanitaria fuerte en sus potestades de conducción política y regulación; un FONASA responsable de garantizar a todos sus beneficiarios protección efectiva contra el riesgo de enfermar, y una red asistencial de alta calidad en lo técnico y en lo humano.

La implementación de la reforma en el sector de la salud llevó al desarrollo de una serie de **instrumentos legales** que modificaron la estructura del sistema de salud y su marco regulatorio. Todas estas modificaciones buscaron definir la fuente de financiamiento de la

reforma, establecer una nueva Autoridad Sanitaria, plantear criterios de eficiencia y gestión del sistema de salud, establecer los derechos y deberes del paciente, definir un régimen de garantías en salud y modernizar la ley de ISAPRES. Las leyes que permitieron poner en marcha la Reforma de la Salud fueron las siguientes:

- **Ley de financiamiento** (agosto 2003): esta ley asegura los recursos para la reforma, la cual incluyó un aumento del 1% del IVA para dicho fin.
- **Autoridad sanitaria y gestión** (febrero 2004): se separan las funciones de prestación de servicios sanitarios y las de regulación del sistema del sector; se fortalece la autoridad sanitaria, se crea un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados, y se introducen cambios organizacionales bajo el concepto de *hospitales autogestionados* y de *gestión en red*.
- **Ley de Solvencia**: incluye un régimen especial de supervigilancia y control de las instituciones provisionales de salud. Asegura la estabilidad del sistema y protege a los afiliados.
- **Régimen de garantías explícitas en salud**: Plan AUGE: a partir de esta ley se crea un sistema de garantías explícitas en salud para el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto de **patologías priorizadas**. Este sistema de garantías establece un plan de salud obligatorio tanto para FONASA como para las ISAPRES, consistente en el establecimiento de plazos determinados para la atención de los usuarios, una vez que se tiene la confirmación diagnóstica; tratamientos estandarizados y definidos, y montos predeterminados a financiar por los usuarios, para un conjunto de enfermedades priorizadas por su alto impacto social y sanitario.
- **Ley de Derechos y Deberes de los usuarios**: explicita y regula los derechos que tienen las personas durante su atención de salud, y los mecanismos para hacer que éstas se cumplan. También garantiza un trato digno y sin discriminaciones, y entrega responsabilidades de protección a los pacientes. Junto con ello, regula aspectos como el consentimiento informado.

### 2.3 Plan AUGE o de Garantías Explícitas de Salud (GES)

El acceso a la atención de salud es un derecho consagrado en la Constitución (1980), sin embargo, el ejercicio de este derecho no ha estado exento de limitaciones y desigualdades. Alcanzar este objetivo no sólo es altamente demandante en recursos económicos, sino que además la definición de qué es una atención de salud universal, de calidad y oportuna es imprecisa. Los datos indican que en Chile este derecho no estaba siendo ejercido en plenitud, constatándose desigualdades por sexo, nivel socioeconómico, grupo etario, etnia y ubicación geográfica, dada la falta de servicios de especialidades médicas en ciertas provincias del país. (Bastías, 2007)

El AUGE modificó la Ley del Régimen de Prestaciones de FONASA, estableciendo un **régimen de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera**. Se priorizaron los problemas de salud sobre la base del razonamiento epidemiológico y la factibilidad de las soluciones. Para cada problema se definieron las áreas de intervención en los distintos niveles de atención de salud: primaria, secundaria y/o terciaria. Además, se establecieron los tiempos de espera máximos para cada etapa (garantía de oportunidad); el conjunto de actividades, procedimientos y tecnologías necesarias para la solución del problema (garantía de calidad) y el copago y gasto máximo

al que puede llegar anualmente una familia (garantía de protección financiera) (Titelman, 2000).

Esta ley implementó un paquete de servicios de salud mínimo, garantizado para un conjunto de patologías consideradas prioritarias para la población del país. Para cada patología garantizada se estableció una **garantía GES**, más conocida operativamente como “canasta de prestaciones” de salud, la cual detalla explícitamente los productos y servicios a los que accede cada cotizante beneficiario de cada garantía GES. La canasta detalla la cantidad de consultas médicas generales y de especialidades, el número y tipo de atenciones de enfermería y otros profesionales de la salud, la cantidad y tipo de exámenes de laboratorio y radiológicos, insumos, fármacos, prótesis, etc. para cada garantía GES.

La propuesta tuvo una difícil discusión política en el Congreso Nacional y sufrió importantes modificaciones. Inicial de reforma establecía que el AUGE fuera una política no solo general para todas las personas, independiente de su afiliación pública o privada sino además solidaria entre ambos sistemas. Esto último no fue posible ya que la derecha, representada en la Comisión de Salud por la Senadora Matthei, se opuso argumentando que no era justo que el sistema fuera solidario entre quienes tenían un seguro privado y quienes tienen uno público, dado que el seguro privado correspondía al ingreso de las personas y no a recursos provenientes de impuestos, como sí era el caso del sistema público.

El AUGE implicó un gran cambio respecto a la situación anterior, en que el usuario estaba sujeto a la disponibilidad de la oferta existente para acceder a una prestación de salud. Conocidas fueron las múltiples propuestas para terminar con las listas de espera en los consultorios de atención primaria y hospitalaria. A su vez, el usuario ISAPRE podía acceder a las prestaciones de salud en la medida que tuviese los recursos para financiar los co-pagos requeridos, los cuales eran más altos en la medida que aumentaba la complejidad de la patología o según las características de cobertura de su plan de salud. En este escenario se producía quizás la mayor distorsión del sistema dual de financiamiento de salud; así, si el beneficiario estaba sano o tenía problemas de salud de bajo costo, cotizaba en el sistema privado, pero si comenzaba a acumular patologías o bien se enfrentaba a enfermedades más costosas, la incapacidad de cubrir los co-pagos lo motivaba a trasladarse al sistema público de atención.

Desde el año 1999 el Ministerio de Salud y FONASA venía desarrollando el estudio de costo efectividad de intervenciones para los principales problemas de salud pública, que permitió definir y evaluar las patologías que serían posteriormente incluidas en el programa GES (MINSAL, 1999). Este estudio priorizó los problemas de salud de acuerdo a su frecuencia, gravedad y costo. El resultado de esta investigación fue una lista jerarquizada de patologías de acuerdo a la realidad chilena. Posteriormente se calendarizaron estas patologías para su puesta en marcha de acuerdo con criterios presupuestarios. Durante el año 2005 se introdujeron las garantías de las primeras 25 patologías, en el año 2006 se sumaron 15 y durante el 2007 se alcanzó un total de 56 patologías garantizadas, que son las que rigen en la actualidad. El año 2010 se espera contar con 80 patologías GES

La implementación de estas garantías requirió de la adaptación y actualización de muchos servicios, por lo que se necesitó de una importante inversión para su puesta en marcha. Durante el año 2005, se invirtió en proyectos orientados hacia áreas clínicas específicas, optimizaciones de infraestructura y adquisición de equipamiento médico-quirúrgico. Se estima que el costo de los 56 problemas de salud incluidos en el programa GES es de 3,06 UF promedio por persona, lo que equivale a aproximadamente al 23% del presupuesto general de salud destinado a prestaciones de FONASA, porcentaje que sería financiado con el 1% del IVA. (MINSAL, 2006).

#### 2.4 La Autogestión en Red de los Hospitales de Alta Complejidad<sup>7</sup>

Los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) son órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud y, para alcanzar esta denominación, deben pasar por un proceso y cumplir con una serie de requisitos organizacionales. El cumplimiento de estos requisitos le permitirá al hospital alcanzar mayor autonomía en: la formulación y ejecución del presupuesto, en la administración de sus recursos humanos, en la definición y organización de su actividad asistencial (siguiendo directrices ministeriales), en las posibilidades de articulación y de realización de convenios con instituciones, entre otras. (Ver Anexo N° 2 Hospitales Autogestión en Red).

Para acceder al status de Autogestionados los hospitales de alta complejidad (tipo 1) deben cumplir con los siguientes requisitos: a) Tener una **situación financiera equilibrada**, lo que significa tener como meta una deuda máxima de 60 días, los gastos en remuneraciones ajustado al presupuesto de remuneraciones y equilibrio de ingreso y gasto. b) **Cumplimiento de convenios**, es decir, convenios vigentes de pago de Prestaciones Valoradas<sup>8</sup> y de AUGE con FONASA y cumplimiento de tales convenios durante el año. c) **Mejoramiento de la gestión** que comprende: tener indicadores de producción, costos y calidad; registro de atenciones y prestaciones; descentralización interna; profesionalizar gestión de recursos humanos; contar con unidad de apoyo al usuario y recepción de reclamos y administración financiera - contable y auditoría interna. Adicionalmente, el gobierno estipuló que para obtener el estatus de 'autogestionado' el Director de Hospital tiene que haber accedido a dicho cargo por concurso público nombrado por el Servicio de Alta Dirección Pública.

Los hospitales autogestionado cuentan con gran **autonomía financiera**, ya que puede hacer convenio con terceros, entenderse directamente con FONASA para negociar las prestaciones valoradas, comprar servicios en el sistema externo, funciones que actualmente realiza el Servicio de Salud. Además los hospitales pasan a ser propietarios de los bienes muebles e inmuebles.

---

<sup>7</sup> Para más detalles ver Anexo 2 'Hospitales Autogestionados en Red'

<sup>8</sup> Prestaciones valoradas son recursos transferidos a los Servicios de Salud de acuerdo a los convenios que suscriban con el Fondo Nacional de Salud, en los cuales se determinarán, entre otros, los objetivos y metas; las prestaciones a otorgar; su valoración y los procedimientos y demás condiciones a que se someterán los Servicios de Salud en la ejecución de los planes y programas que convengan con el Fondo Nacional de Salud.

Con la autogestión, los Directores de los hospitales adquieren una inmensa **responsabilidad en lo administrativo**. Ellos tendrán que ejecutar sus contratos, las compras de servicio, los contratos de adquisiciones, las licitaciones; es decir, toda la responsabilidad recae sobre ellos y adquieren la responsabilidad administrativa sobre sus actuaciones, adquisiciones, licitaciones y también jurídicas por la representación que tienen del establecimiento. Esto significa que si hay demandas por malas prácticas, mediaciones por negligencia, etc. ellos asumen la representación del hospital y por ende la responsabilidad. (Entrevista a la Directora del Servicio Salud, Julio 2008)

La apuesta es que al acercar las responsabilidades al propio hospital *‘se genere un mayor incentivo y preocupación por hacer bien las cosas, ya que las responsabilidades jurídicas van a estar más cerca del hospital y, por ende, tendrán mayor visibilidad las malas prácticas. A la vez, a los directivos les va preocupar tomar medidas preventivas para evitar problemas por malas prácticas’*. (Entrevista a Subdirector de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, Julio 2008).

Se supone que durante todo este período los hospitales de alta complejidad han ido avanzando en los requisitos para constituirse en hospitales autogestionados ya que en enero del 2009 todos pasar a ser autogestionado.

Según el Subdirector de Presupuesto hay presiones por ampliar el plazo y hay atraso, pero la posición de Hacienda es no ampliarlo. Al respecto señaló *‘¿Cuál es la discusión de ahora? Mover el plazo, pero de acuerdo a la DIPRES, ésta no es la solución porque si se mueve, en tres años más, de nuevo habrán presiones para moverlo y terminará siendo de esas típicas leyes que nunca se cumplen, y nunca vamos a tener hospitales mejor preparados’*.

## 2.5 Cambios Administrativos en el Sistema de Salud<sup>9</sup>

Con la reforma, las funciones de rectoría y de prestación de servicios se separaron en dos subsecretarías: la **Subsecretaría de Salud Pública**, encargada de velar por la salud de la población chilena, en las materias de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades que afectan a la población; y la **Subsecretaría de Redes Asistenciales** cuya función es proveer los servicios y prestaciones de salud a sus beneficiarios.

La nueva Ley de Salud, separó las funciones normativas, de control, de financiamiento y de prestación de salud, creando instituciones autónomas. Actualmente están diferenciadas las funciones de autoridad sanitaria, de financiamiento de quienes dan el servicio<sup>10</sup>.

El Sistema de Salud en Chile está conformado por las siguientes instituciones centrales autónomas entre sí. El **Ministerio de Salud**, autoridad sanitaria cuya función es principalmente dar las directrices, establecer las normativas y regulaciones del sistema. Las **Aseguradoras**, instituciones que pagan a los servicios, unidades y médicos que dan las prestaciones de salud. Los **Prestadores**, instancias que dan los servicios de salud a la

<sup>9</sup> Para mas detalle Ver Anexo 3 ‘Estructura y Funciones de las Instituciones de Salud en Chile’

<sup>10</sup> Ver Anexo N° 3: Estructura y Funciones de las Instituciones Públicas de Salud en Chile.

gente. En el ámbito público, está conformado por dos instituciones: los hospitales y los consultorios de atención primaria. Los primeros, están subdivididos en los establecimientos que dan atenciones de alta complejidad (Tipo 1<sup>11</sup> y 2) y los que atienden patologías de mediana y baja complejidad (Tipo 3 y Tipo 4). La **Superintendencia de Salud** es la instancia que supervisa y controla.

**La Red de Prestadores Públicos** está bajo la tutela de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y está configurada por hospitales y consultorios que dan atención médica en las 28 Áreas de Salud, según la división territorial del país. En Santiago hay 5 áreas, siendo una de ellas el Área Metropolitana Sur de la cual depende el Complejo Barros Luco.

La Atención Primaria, es la puerta de entrada de la persona al sistema de salud, presentando una amplia cobertura y baja complejidad. El nivel hospitalario **Tipo 1** tiene menor cobertura, pero realiza prestaciones de alta complejidad, con un mayor grado de especialización médica y con medios tecnológicos altamente sofisticados.

Las dificultades para funcionar en red, se deben a que la doble dependencia administración, ya que los Hospitales, dependen de los Servicios de Salud, siendo la forma como se administran muy diferente a los consultorios que están a cargo de los Municipios. Los hospitales de alta complejidad están en las grandes urbes, mientras que los consultorios están dispersos en todo el territorio, lo que dificulta la coordinación.

### **3. ESTUDIO DE CASO: EL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO.**

Para conocer cómo se implementa y funciona la Reforma en una institución concreta se seleccionó un Hospital tipo 1, es decir, de alta complejidad, de gran tamaño y que sus servicios estuvieran ubicados en áreas con importante concentración de grupos de bajo nivel socio económico. El hospital seleccionado fue el Complejo Barros Luco Trudeau uno de los más grandes del país, ubicado en el área sur de la ciudad de Santiago.

Este hospital depende del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) el cual administra 3 hospitales, 31 consultorios, de los cuales 5 han sido creados en el último tiempo. De estos 31 consultorios, 17 de ellos cuentan con Servicio Primario de Urgencia (SAPU), lo que permite que la atención esté más cerca de la gente.

El Hospital Barros Luco, fue fundado en 1911 y es uno de los establecimientos Tipo 1 más grandes del país, atendiendo las patologías de mayor complejidad dentro de la Red asistencial del SSMS. Ubicado en la comuna de San Miguel, este recinto tiene una población potencial de 674.974 habitantes inscritos como beneficiarios del sistema público de salud (FONASA) y que viven en las comunas urbanas de Pedro Aguirre Cerda, San Bernardo, San Joaquín y San Miguel, y las comunas rurales de Calera de Tango, Paine y

---

<sup>11</sup> Los hospitales Tipo 1, son aquellos que se encuentran ubicados en ciudades con más de 500.000 habitantes y cuentan con alrededor de 500 camas. Se encuentran ubicados en las ciudades cabeceras de los servicios de salud, constituyendo el hospital base de cada unidad del sistema, cuando el tamaño del Servicio de Salud o su ubicación geográfica lo justifica.

Buin. La población es principalmente urbana y de ingresos medios y bajos. Es centro de referencia para patologías complejas para toda el área sur de Santiago y cuenta con todas las especialidades médicas de adultos, excepto cirugía cardíaca.

Es el único hospital Tipo 1 del Área que tiene todas las especialidades<sup>12</sup>. Es un hospital de atención cerrada y cuenta con 669 camas. Posee un servicio de urgencia organizado con residencia interna, diferenciada por servicios clínicos y unidades de tratamiento intensivo. El recurso humano comprende la casi totalidad de las especialidades y subespecialidades clínicas, faltando aquellas que por razones de costo - efectividad están concentradas en algunas unidades del sistema, estratégicamente distribuidas en el país. Trabajan en la institución alrededor de 2.400 funcionarios.

## **2.1 Historia del Complejos Asistencial Barros Luco<sup>13</sup>.**

En la segunda mitad del siglo XIX, la situación de la salud en Chile era bastante compleja. Las epidemias y la falta de higiene provocaban cientos de muertes, la peste bubónica, el cólera y el tifus, eran sólo algunas de las enfermedades que padecía la población. En 1872 la tasa de mortalidad infantil se elevó en un 80 por ciento, a raíz de un fuerte brote de viruela que afectó a la ciudad de Santiago.

A todo ello se sumaba un panorama hospitalario desolador, pues sólo existían diez recintos, modestos y de origen colonial donde, más que tratar a los pacientes, se mantenía aislados a los enfermos graves hasta su muerte. A partir de este escenario, algunos médicos jóvenes especializados en Europa comenzaron a generar conciencia sobre la necesidad de aumentar la infraestructura sanitaria, idea que lograron traspasar a los círculos gubernamentales de la época. De este modo, se formó un equipo de trabajo integrado por respetables y prestigiosas personalidades tanto del ámbito médico, político como empresarial. Entre estos estaban el director de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (José Joaquín Aguirre); el Intendente de Santiago, Don Benjamín Vicuña Mackenna; el entonces diputado Ramón Barros Luco y el banquero Domingo Matte. Esta preocupación obedecía fundamentalmente a que la crisis económica que afectaba al país, había generado un importante problema social y político. La misión de este grupo fue conseguir las donaciones para construir un gran hospital para enfermos comunes.

En 1888, durante el gobierno de José Manuel Balmaceda, se propuso a la autoridad la edificación de un hospital en el sector sur o sur poniente de la ciudad, idea que se discutió en el seno de la Junta de Beneficencia por más de una década, hasta que se transformó en Ley el 16 de enero de 1901.

En 1908 se compró el terreno y en 1911 se colocó la primera piedra. Recién a comienzos de 1917 quedó terminado el Policlínico, en el edificio donde hoy funciona el Servicio de

---

<sup>12</sup> Como unidades de apoyo están en el nivel primario 17 SAPUS que son los servicios de atención de urgencias, que dependen de la atención primaria y que cuentan con médicos generales, quienes derivan a los distintos hospitales según el grado complejidad que presenta la patología que tiene el paciente. También están los SAMUS que son las unidades de rescate en caso de accidentes.

<sup>13</sup> Baytelman, P. (2005) Historia: Los inicios del Hospital Barros Luco. En: <http://www.saval.cl/link.cgi/MundoMedico/Reportajes/6048>

Urgencia. En 1918 se establecieron los servicios de Medicina, Cirugía y Ginecología, y en septiembre de 1919 en las viejas casas de la chacra “La Cuadra”, se organizó una pequeña maternidad que contaba con 10 camas.

Ese mismo mes falleció el ex Presidente Ramón Barros Luco, quien legó al establecimiento la suma de trescientos mil pesos. En 1926, fallece su viuda, instruyendo a la Junta de Beneficencia de Santiago como heredera del remanente de sus bienes, pero con la obligación que el establecimiento cuente con religiosas católicas. Es así como en 1930 se construyó la Comunidad y la Capilla, y en el año 1934 son contratadas en la República de Argentina las Religiosas Siervas del Espíritu Santo, quienes revalidaron sus títulos de Enfermeras ante la Universidad de Chile.

Desde esa época se construyeron variados recintos tales como el Servicio de Maternidad (1925), la Farmacia del Policlínico (1935), la Unidad de Urgencia (1936), el Hospital Trudeau para tuberculosos, hoy Infecciosos, (1947), el Servicio de Kinesiología (1950), el Banco de Sangre (1965), el Policlínico Adosado de Especialidades (1966), el Policlínico Maternal (1968), el Servicio de Anatomía Patológica (1969) y de Psiquiatría (1970).

Durante el período militar, el Hospital Barros Luco, al igual que el resto de los hospitales, sufrió un deterioro tanto en términos de su infraestructura como en equipamiento.

Con la llegada de la Democracia y los gobiernos de la concertación, el Hospital Barros Luco, participa activamente en los proyectos MINSAL- Banco Mundial, avanzando en la modernización de sus servicios y adquiriendo modernos equipos de diagnóstico y tratamiento, lo que ha permitido una mejoría en la calidad de la atención que brinda a sus usuarios.

Entró en funcionamiento la nueva Placa Técnica del Hospital, en las que funciona el Servicio de Urgencia, Maternidad, Neonatología, el área de atención al Paciente Crítico (actuales UCI, UCIC y UTI ), Pabellones, Centro de Diálisis e Imagenología.

A partir del año 2000, el hospital cuenta además con Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) adosado al hospital, unidad de atención abierta en que los especialistas de las distintas unidades clínicas hacen consultas externas y algunas intervenciones terapéuticas y diagnósticas ambulatorias. Son los mismos médicos que trabajan en la atención cerrada, quienes refuerzan la atención ambulatoria de los hospitales<sup>14</sup>. Da atenciones sólo de especialidad y atiende usuarios que han sido referidos desde la atención primaria. Actualmente se entra al hospital sólo habiendo sido referido mediante una interconsulta de un centro de atención primaria o consultorio, la única excepción es la urgencia con riesgo vital. Llegan menos pacientes al hospital pero de mayor complejidad tanto a urgencia como por especialidades.

En el 2003, se constituye, lo que conoce actualmente como Complejo Asistencial Barros Luco, instancia que administra el CDT y el Hospital Barros Luco.

---

<sup>14</sup> También están los Centros de Referencia de Salud (CRS), que cumplen la misma función que los CDT pero que no están adosados a los hospitales.

### 3.2 Estructura y cambios en la gestión del Complejo Asistencial Barros Luco<sup>15</sup>

La historia del Hospital Barros Luco es una historia de expansión institucional en términos de especialidades y áreas a cubrir, hasta transformarse en una organización de gran tamaño, con una alta heterogeneidad interna y con una gestión interna bastante tradicional. Según relata la actual Directora del Complejo, desde fines de los 90` estaba la idea de modernizar la gestión del Hospital Barros Luco, *“ya que por ser un hospital con mucha carga histórica, funcionaba solo, con o sin director, y los médicos hacían lo que estaban acostumbrados hacer, esto es: atender pacientes. A raíz de la inauguración CDT, de atención abierta de especialidad, se abrió la oportunidad de implementar un modelo de atención y gestión distinta, en términos de la forma de relacionarse el hospital con los consultorios”*. (Entrevista a la Directora del Complejo Asistencial Barros Luco, Julio 2008)

La estructura y forma de funcionamiento actual comparada con el período pre- AUGE, cambió radicalmente. Según la Directora del SMSS *“antes, el Director del Hospital hacía de todo. Definían las reglas del juego dentro del establecimiento; compraban los productos e insumo, hacían trato directo con los laboratorios, determinaban las inversiones que se hacían, etc. Por otra parte, las especialidades que se creaban en un hospital y así como las inversiones, se determinaban en función de los intereses, poder o influencia que ejercían los médicos de los distintos servicios clínicos y especialidades sobre quienes dirigían el hospital. Cada servicio clínico funcionaba como una célula independiente y autónoma, dirigida por una cabeza que era el médico Jefe de Servicio, quien tenía la responsabilidad de éste y se entendía directamente con el Director. Actualmente hay una profesionalización de la administración de los hospitales, se toman decisiones en base a demandas, se compra en función de necesidades y de estándares, lo cual ha significado que los doctores pierdan poder e influencia.*

Para la Directora de Administración y Finanzas del Complejo, *‘la expectativa de los servicios respecto a la Dirección del Hospital, tradicionalmente habían sido que ésta proporcionara los elementos necesarios para que las unidades hicieran su trabajo. Esta forma de gestión, sin planificación ni controles, obedecía a que los hospitales carecían de un sistema de información y de registro que permitiera evaluar y hacer seguimiento de las unidades y planificar y orientar el proceso de toma de decisiones. De ahí que las cosas se tendieran hacer por tradición y costumbre y las decisiones se tomaran más por presión, relaciones personas o negociación de los Jefes de Servicios con el Director de turno. Hoy esto ha cambiando y ellos (los médicos y Jefes de Servicios) se han visto tensionados por las nuevas exigencias en cuanto a planificación ,llevar registros y tener controles”*.

En los hospitales se modernizó la estructura y se profesionalizó la gestión. Se crearon las áreas administrativas, de finanzas y de recurso humano, se diferenciaron funciones y responsabilidades, se establecieron controles sobre la producción de los servicios clínicos; se impusieron criterios técnico - económico en la toma de decisiones, cambios que han alterado la estructura de poder y la forma tradicional de trabajo en los servicios.

---

<sup>15</sup> Para más detalle ver Anexo 4 ‘Organigrama del Complejo Asistencial Barros Luco’

El Complejo Barros Luco está dirigido por un Director(a) de quien dependen tres Directores: - el Director del Centro Asistencial, a cargo de un médico; - la Directora de Administración y Finanzas, a cargo de un ingeniero comercial; - y una Directora de Procesos, a cargo de una enfermera universitaria, quien tiene como función el diseño y los flujos de los pacientes en la red para su correcto funcionamiento.

El Área Asistencial consta de cinco Subdirecciones que son: Sub-dirección Médica Atención Cerrada; de la cual dependen los servicios clínicos; Sub-dirección Médica Atención Abierta, Coordinadora de Enfermería Atención Cerrada; Coordinadora Enfermería Atención Abierta y la Subdirección Unidad de Apoyo (rayos, imaginología, banco de sangre, etc.). Los servicios clínicos, están divididos en área médica y área quirúrgica, y en áreas de mayor y menor complejidad. Como se puede apreciar, la estructura del Hospital Barros Luco es bastante plana, con pocos niveles jerárquicos y las distancias entre los estamentos son relativamente bajas. (Ver Anexo 4 Organigrama del Complejo Asistencial Barros Luco)

### **3.3 Impacto de la Reforma de Salud en el Complejo Asistencial Barros Luco.**

En este capítulo se realiza un análisis institucional del Complejo Asistencial Barros Luco en término de los ejes teóricos de Evan, que comprende las siguientes dimensiones: reclutamiento y promoción meritocrática, inmunidad a la corrupción; ausencias de islas de poder; proactividad para dar repuesta e involucrarse con los usuarios; flexibilidad tecnológica y apertura a la innovación; poder balanceado y aliados externos; mas dos ejes que son, alineamiento institucional con las políticas gubernamentales y contribución al desarrollo.

#### **3.3.1 Reclutamiento y Promoción Meritocrática**

En la agenda de los Gobiernos de la Concertación, hay un esfuerzo por que los nombramientos de los cargos del primer y segundo nivel jerárquico sean asignados por concurso público. El sistema procura que, cuando exista una vacancia, el Consejo de Alta Dirección Pública, integrado por un consejo autónomo de cinco consejeros de diversidad política, delinee el perfil del candidato. Luego llama concurso abierto – a veces mediante head hunting - , y los postulantes van superando pruebas y entrevistas. En un plazo promedio de cuatro meses se selecciona una terna, cuaterna o quina, que se presenta al Presidente de la República para que nombre al ganador. (Roxana Pérez, El Mercurio 17-07-08)

Hasta ahora, el ministerio más pródigo en llenar sus cupos mediante este mecanismo de concurso es Salud. Si se suma el 1º y 2º nivel jerárquico, hay 121 funcionario escogidos por el Sistema de Alta Dirección Pública (SADP). (El Mercurio 17 de Junio 2008)

Para las autoridades del Ministerio de Hacienda, el camino para acelerar la autogestión en los hospitales, es mejorar la selección de los Directores de Hospital. *“En la práctica, se planteó llamar a concurso público a todos los Directores de Hospitales y Jefes Médicos de Servicios; esto significó una profunda discusión referente a las rentas para el cargo, ya que se asume dedicación exclusiva en tales puestos. Se han acordado modificaciones*

*legales en cuanto rentas para atraer buenos postulantes como Directores de Hospitales. La idea es reconstituir los cuerpos directivos y hacer modelamiento de gestión en los centros de salud de alta complejidad". (Entrevista al Subdirector de Presupuesto del Ministerio de Hacienda, Julio 2008)*

El Sistema de Alta Dirección Pública (SADP) ha sido muy criticada por no haber podido asegurar a los mejores médicos para dirigir los servicios de salud y las direcciones de hospitales, por lo que la Comisión de Salud de Cámara de Diputado, está solicitando que dicha repartición realice estudios periódicos de salarios en el sector público y el privado, "para actualizar las ofertas en relación a las cifras actuales". (El Mercurio, 31-10-08)

Un **Ex Director** del Barros Luco, señaló que hay concursos y se han logrado avances, dependiendo del nivel. *'A nivel de los Servicio Clínicos hay meritocracia dado que nadie va estar políticamente interesado en el cargo de Jefe de Servicio de un Hospital. Es por concurso, cuando hay postulantes, lo que no siempre ocurre. En ese nivel se tiende a la meritocracia, pero en otros niveles el tema es político, en los Directores de Servicio de Salud, la tendencia ha sido siempre designaciones políticas pero se ha ido corrigiendo ya que también ha habido llamados a concurso para Directores de Servicio de Salud. Sin embargo, de ahora en adelante todos los cargos de niveles superiores estarán sometidos a concurso por el Servicio de Alta Dirección Pública'* (Entrevista a Ex Director Hospital Barros Luco - Trudeau, Noviembre 2007)

Una percepción similar tienen los **Jefes de Servicios**, según ellos hasta hace unos dos o tres años, los puestos de dirección eran por política. Actualmente existe la impresión que los concursos funcionan y la selección del personal es por mérito, *'salvo en los cargos de alta dirección en que se privilegia el factor político'*. (Entrevista a Jefe de Servicio Urología, Junio 2008).

Sin embargo, a raíz del escándalo en el Hospital de Iquique, por no haber notificado a 25 pacientes con VHI entre el 2004 y 2008, el Jefe del Servicio de Urgencia renunció 'porque se aburrí de la serie de errores clínicos y administrativos que ocurren a diario, los que atribuye a que operadores políticos acceden a puestos clave en los Servicios de Salud y hospitales y dado a que carecen de experiencia, crean círculos de poder y comienzan a rodearse de personas no aptas, lo que se agrava por la complicidad con los líderes sindicales'. (El Mercurio, 22-10-2008).

Para los **gremios no médicos de la salud** en el reclutamiento y ascenso a puestos directivos prima el clientelismo político, mientras que en los niveles no directivos el ingreso y la carrera es por concurso. Según ellos el tema de la meritocracia está fuertemente asociado a la carrera funcionaria del estamento no médico, sin embargo, hay restricciones ya que sólo pueden postular los trabajadores con contrato de planta y no quienes están a contrata u honorarios. Pero dado que quienes acceden a dichos cargos como titulares son inamovibles y de por vida, y como no hay obligación de jubilar a determinada edad, no se liberan cargos que permitan una carrera funcionaria. (Entrevista a Secretario General FENPRUSS, Junio 2008).

En la carrera funcionaria inciden el tipo de contrato: la titularidad (o planta), la contrata y honorarios. De estas modalidades, sólo la titularidad permite a los funcionarios hacer carrera funcionaria, es decir, optar al ascenso o promoción a mayores grados de contratación. “La planta contiene un número de cargos establecidos por ley y con eso tiene que funcionar; ahí están todos los titulares, se entra por concurso, y nadie puede ser despedido si no es por una causal que está establecida en la ley. (Entrevista a Secretario General FENPRUSS, Junio 2008)

Según el Secretario General de la FENPRUSS, el sistema de promoción se hace por **concurso interno**. *“Hay 4 elementos para evaluar en los concursos: la experiencia calificada o años de servicio, la capacitación pertinente, las evaluaciones de desempeño y la aptitud para el cargo. La experiencia calificada es la antigüedad, la antigüedad en el servicio, en el cargo; la capacitación pertinente son los cursos que uno ha hecho para desempeñar cierto cargo. La evaluación del desempeño se refiere a las calificaciones que la persona obtenga, y el cuarto elemento, las aptitudes para el cargo, es decir, si la persona tiene condiciones para enfrentar el cargo”*. (Entrevista a Secretario General FENPRUSS, Junio 2008)

Dado que los cursos de perfeccionamiento tienen peso y son autorizados por la Dirección, en muchos casos estos se han transformado en un mecanismo de manipulación de los concursos, especialmente en regiones, donde los médicos que postulan a cursos tienen que trasladarse fuera de la región, para lo cual requieren permiso para ausentarse del trabajo. A lo anterior se suma, como veremos más adelante, los problemas que presentan las evaluaciones de desempeño, las que no funcionan, y las debilidades que tiene la aptitud para el cargo, dado que no hay perfiles definidos para los distintos puestos. De aquí que lo que realmente tiene peso en la carrera funcionaria sea la antigüedad, cuando hay oportunidades, que son escasas.

Directivos y representantes de los gremios coinciden en que el sistema de promoción tiene “grandes restricciones que se explican principalmente por las malas condiciones de retiro de los funcionarios, lo que hace que no se liberen plantas, a lo que se suma los pocos grados en los niveles intermedios”. (Boccardo & Orellana, 2007: 23). La limitada carrera funcionaria, se traduce en que algunos trabajadores permanezcan gran parte de su vida laboral, estancados en puestos pertenecientes a los grados más bajos y no se jubilen hasta edades muy avanzadas. Este año, la FENPRUSS ha logrado negociar con el gobierno un bono de retiro para los trabajadores, que les permita un retiro digno llegada la edad de jubilarse, y así liberar cargos de planta y promover en los funcionarios la carrera funcionaria. Este diagnóstico compartido por las autoridades de gobierno significó la aprobación de un proyecto de ley que extiende a 8.600 los funcionarios que podrán optar al bono de retiro voluntario en los próximos años. Adicionalmente, se negoció el ingreso a la planta del personal a contrata.

Que la Alta Dirección Pública esté llamando a concurso para Director del Complejo y que tenga contemplado concurso público para todos los cargos Directivos de los hospitales autogestionados, es un gran paso. Aunque están las disposiciones legales y reglamentarias - meritocrática- se reconoce que hay fuertes restricciones para llenar dichos cargos por los niveles de sueldos, unido a la dedicación exclusiva que exige el cargo y las

responsabilidades que tendrán los Directivos cuando el Complejo Asistencial Barros Luco pase ser autogestionado en el 2009. En este punto, se considera que la remuneración aún está muy lejos de lo que un médico de prestigio, requisito para tener legitimidad interna, puede ganar en el ejercicio privado de la profesión.

La mayoría de los entrevistados concordó con que los cargos altos, además de mérito, requieren que el postulante sea afín a la coalición de gobierno. Se cree que todo concurso es posible de manipular y que en Chile, 'las cuñas' funcionan. Es por esto que ha costado instalar una cultura de la meritocracia en la sociedad y en el ámbito público, puesto que a pesar de existir posibilidades de ascenso por concursos internos, en puestos de menor rango, donde se privilegia el mérito, en los altos cargos aún priman los 'contactos personales' y el 'clientelismo políticos', visión compartida por los médicos y los dirigentes de los gremios de la salud.

Con la Reforma Administrativa de 1979, el SNSS perdió su carácter de entidad pública autónoma y pasó a depender directamente del Ministerio de Salud y a formar parte la administración pública centralizada. Esto significó que las designaciones pasaran a los gobiernos, con lo cual, se tendió a privilegiar la tendencia política de los candidatos, lo que debilitó la autoridad real de las jefatura.

Hay esfuerzos importantes por asegurar que prime la meritocracia, incluso para solucionar la escasez de médicos dispuestos a sumir cargos directivos se permitió que profesionales no médicos asuman como Directivos en los Servicios de Salud y Hospitales, sin embargo, hay fuerte resistencia y problemas de legitimación de estos Directivos no médicos por parte de los médicos de hospitales.

La investigación realizada por Rodríguez y Boitano, en diversos hospitales de Chile<sup>16</sup>, en el año 2000, constató como un rasgo importante de la cultura médica, era que los médicos sólo reconocían y aceptaban la **legitimación de pares** con experiencia, especialización clínica y con diagnósticos acertados; es decir, médicos con prestigio en la profesión médica. Esto significaba que los médicos no legitimaban a los médicos salubristas y dedicados a la labores administrativas por considerar que eran áreas secundarias y de menor importancia. Los salubristas y médicos dedicados a la administración solían ser calificados como médicos menos capaces en lo clínico, de aquí que los médicos clínicos fuesen los más duros y más reticentes a legitimar la autoridad de directores de hospitales que no tuvieran alto prestigio en el área de la profesión médica. Que la nueva ley permita acceder a los puestos directivos a profesionales no médicos, ha profundizado los problemas de legitimidad de los Directivos no médicos.

Como se verá más adelante, los directivos del área de salud enfrentan importantes problemas en su desempeño cuando no son médicos de alto prestigio en la profesión médica, aunque si lo sean en otras áreas importante y necesaria para el buen cumplimiento

---

<sup>16</sup> Ver estudio: Darío Rodríguez y Ángela Boitano. *El rol de los actores y de la cultura organizacional: El caso de tres Hospitales públicos*. En: Raczynski, D. y Serrano, C. (editoras) *Descentralización. Nudos Críticos*. CIEPLAN y Asesorías para el Desarrollo S.A, Septiembre, 2001.

de la función y hayan accedido al cargo por concurso público. Algo ha cambiado la cultura médica en este aspecto, pero el problema continúa estando latente.

### 3.3.2 Transparencia, Control e inmunidad a la Corrupción

El Índice Mundial de Percepción de Corrupción (IdePC) de Transparencia Internacional clasifica los países respecto al grado en que se percibe la corrupción que existe entre los funcionarios públicos y los políticos. Se trata de un índice compuesto, basado en encuestas llevadas a cabo en varias instituciones de amplia reputación y que refleja la opinión de empresarios, académicos, consultores y analistas.

El IdePC 2007, se clasificaron 180 países en una escala que va de 0 a 10, siendo 10 el máximo para los países más transparentes y 0 para los más permeables a hechos de corrupción. Chile disminuyó su puntaje respecto a la medición 2006 (de 7,3 a 7) y descendió dos lugares en el ranking mundial de países (del 20 al 22), retrocediendo en su puntaje a niveles similares a lo existentes en 1999.

Según una encuesta realizada por Libertad y Desarrollo el 2006, la percepción de corrupción en los hospitales públicos era de 5.1 en una escala de 1 a 10 (siendo 1 lo más transparente), mejor posicionada que las empresas públicas (6.4) y las Municipalidades (6.5) pero bastante alto. Igual puntaje obtuvo Chile Compra (5.1)

Este mismo estudio indica que los hospitales públicos concentran 3% de los hechos de corrupción, mientras que las empresas públicas el 24%. Por otra parte, si se observan las **licitaciones fraudulentas**, los hospitales públicos concentran pocos casos, 3 versus 39 las empresas públicas y 9 casos Chile Compra. Al desglosar los hechos de corrupción en los hospitales, se observa que las dimensiones que concentran mayor porcentajes de casos son: - pagos ilícitos (37%) - ganar una licitación (27%) - y mal uso de recursos fiscales (27%).<sup>17</sup>

Este mismo informe destaca la forma de trabajo de la CENABAST para asegurar que no se cometan ilícitos. Señala al respecto los siguientes mecanismos de resguardo que implementa la institución: - herramientas para que clientes planifiquen sus requerimientos en la Web; - evaluación de los proveedores conforme a reglas estrictas de calidad de productos y cumplimiento de compromisos comerciales; - publicación en su sitio Web de todos los precios de adquisición obtenidos por la CENABAST y los cuadros comparativos

---

<sup>17</sup> En términos de casos de concretos que avalan esta percepción negativa, se encuentra el bullado caso Iquique, en que el Director del Hospital, según denuncia de un dirigente médico, cometía los siguientes ilícitos, “ se asignaban vehículos a personas que no tenían derechos a ello, hay una cuenta de taxi por 850 mil pesos, que nadie ha podido explicar de qué se trata, ya que no se realizó a través de ChileCompra. A nivel de sueldos, se constató que a muchos funcionarios se la hacían descuentos de sus sueldos sin que ellos supieran, y esos descuentos iban a parar a bolsillos de terceros. (Diario Digital Cavanha Iquique, 7- 1-07). Al caso anterior se suma la denuncia hecha por un diputado de Renovación Nacional, en cuanto a que la Secretaria de Estado se habría beneficiado con licitaciones a la firma ‘Estudios y Consultoría Minga Sociedad Anónima’ de la cual era socia. (Radio Bío Bío, 12/08/2008).

de oferta de proveedores; y - auditorías independientes de los procesos de compra. Es importante tener en consideración que la CENABAST es la unidad de abastecimiento que realiza todas las compras de fármacos, insumos médicos, equipos y bienes públicos de la red asistencial de salud.

Según la Directora Administrativa del Complejo, ChileCompra asegura transparencia y control, destaca que *‘incluso al hacer una compra por urgencia hay que justificar por qué no se hace abierto, lo mismo respecto al proveedor único, de modo que la información está disponible para todos los proveedores en la página Web de ChileCompra, por lo que si alguien considera que eso no fue adecuado va a reclamar en la contraloría o al comité de ChileCompra, y la unidad tendrá que explicar porque no licitó’*.

La percepción generalizada de las autoridades del **Servicio de Salud** y del Complejo Barros Luco, es que en el área y el hospital no hay corrupción, lo que se atribuye, ‘a que no tienen control sobre el presupuesto y el presupuesto propio que se maneja es muy bajo considerando las necesidades del hospital, lo que hace difícil que ocurran irregularidades a nivel de la administración’. Se reconoce que puede haber errores administrativos pero no corrupción. Por otra parte, está el hecho *‘que tiene la contraloría encima’* (Entrevista a Directora de Administración y Finanzas Complejo Barros Luco, Julio 2008)

Corrupción a nivel de los **Servicios Médicos** tampoco parece posible, y los Jefes de Servicios consideran que si la hay en los hospitales, es poca. Por lo general las adquisiciones son transparentes ya que se hacen todas por ChileCompra. Según en el Jefe de Neurología, ‘hay una burocracia administrativa que es importante desde el punto de vista que disminuye las posibilidades de corrupción, pero que hace muy lento el proceso’. El factor que está detrás es la desconfianza, *“que se debe a la viveza del chileno, lo que se traduce en que hay mucha fiscalización”*.

Los **dirigentes gremiales** tampoco perciben la existencia de corrupción en el Sistema de Salud Nacional, argumentando que los sistemas de compras y de ejecuciones de proyectos están debidamente regulados. “Si definimos la corrupción como el aprovechamiento personal de los recursos que se han entregado para la gestión, yo diría que no. Que no hay corrupción en ese sentido”. (Entrevista a Secretario General FENPRUSS, Junio 2008) El Presidente de FENPRUSS acotó al respecto “...gracias a Dios, todavía no tiene mucha fuerza por así decirlo, y es que es difícil; particularmente porque hay todo un sistema instalado de control de gestión, y porque hay muchas firmas de por medio a la hora de ejecutar proyectos”. (Entrevista, Junio 2008)

Sin embargo, entre los dirigente sindicales existe desconfianza y temores que hayan conflictos de intereses e incentivos perversos en la política de complementariedad público-privada, que establece la Reforma. “En el último tiempo esto ha ido en aumento, porque en vez de invertir en infraestructura y recursos humanos se ha optado por externalizar; existiendo hoy la posibilidad que empresas de médicos o de profesionales de la salud, puedan venderle todo tipo de servicios a los establecimientos **en los que ellos mismos trabajan**. (Boccardo & Orellana, 2007: 18)

Existe una fuerte resistencia y desconfianza a la externalización de servicios por parte de los dirigentes sindicales, quienes abogan por la compra de lo mínimo al sistema privado. “Hoy no tenemos la cantidad de especialistas necesaria, no tenemos la capacidad instalada en los servicios de salud, pero efectivamente, y lamentablemente hay que decirlo; la compra de servicios **se presta para “negocios”**. (Entrevista a Presidente FENPRUSS, Junio 2008)

En cuánto a otro tipo de regularidades, como por ejemplo que médicos operen a una paciente privada en el hospital, según Directora de Administración y Finanzas del Complejo no se da. *‘Antes esto era muy común y claramente era un comportamiento corrupto. Hoy es fácil de detectar, ya que se cuentan con mecanismos para ello, por lo que prácticamente no existe’*. (Entrevista, Julio 2008)

*‘Hay ciertos comportamientos que son una falta a la probidad y que los funcionarios no los tienen internalizados como tales. Por ejemplo, llegar atrasados o tomar desayuno en horas de trabajo; el personal considera que no le está robando a nadie, ya que pareciera que lo que es del Estado es de todos. Antes, apropiarse de remedios era común, ya no lo es dado que hay tecnología, como las dosificaciones unitarias, que hace difícil este tipo de acciones. La tecnología hace que cada vez el funcionario tenga menos posibilidades’*. (Entrevista a Directora de Administración y Finanzas Complejo Barros Luco, Julio 2008)

Entre los médicos, los comportamientos poco éticos están asociados al no cumplimiento de horarios. De hecho, uno de los aspectos que no ha sido posible de instalar en el Hospital Barros Luco es el control digital de entrada y salida de los médicos.

Llama la atención esta percepción tan favorable respecto a la inmunidad a la corrupción, considerando la falta de transparencia y de normas claras que perciben los médicos jefes de servicios. Un ejemplo de la falta de transparencia son las atenciones ‘VALORADAS’ y ‘AUGE’ que los médicos realizan en el hospital, pero fuera del horario contratado, y que se han traducido en una mayor producción de los servicios, y que son un importante incentivo para los médicos, ya que por cada patología valorada, el equipo médico recibe honorarios. Según los jefes de servicios hay falta de claridad y transparencia en esta materia. “Si operas mucho fuera de horario te cuestionan. Nosotros partimos el año pasado en Octubre con un programa de cirugía, en que los colegas se pusieron y trabajaron firme para reducir la lista de espera, operando en las tardes, la gente estaba feliz y funcionando muy bien, hasta que de arriba dijeron les vamos a suspender el programa. Después cuando se les vino la lista de espera del plan AUGE, dijeron, ya autorizamos tantos pacientes para este mes. Operamos y nos dimos cuenta que lo que se pagaba por cada cirugía, era un 20% menos que el año anterior. Entonces nosotros les dijimos que primero queremos saber cuanto vamos a ganar por cada prestación que hagamos, entonces ahí vienen las peleas con los administrativos. Esto es una lucha y un desgaste inútil” (Entrevista a Jefe de Servicio, Junio 2008).

A juicio de los Jefes de Servicios, la estructura del complejo ha cambiado y se ha creado una estructura administrativa intermedia enorme, pero que a juicio de ellos no se coordina con los servicios y la información no les llega, lo que es percibido por los médicos como un sistema con baja transparencia. Un Jefe de Servicio señaló “el problema es que las áreas

administrativas, de finanzas, de procesos y oficina de gestión, así como las de pre-hospitalización y redes, ‘atesoran’ la información y no la bajan ni la hacen llegar a los gestores, al área de producción, para que esta pueda hacer uso de ella, evaluar y planificar”. Mas adelante acota: “Para obtener esta información, que para las unidades de producción son esenciales, hay que ir a buscarla y cuesta que te la entreguen, en vez que te la manden a tu escritorio como sería lo lógico. De aquí que uno tenga la impresión que la información es para atesorarla”. (Entrevista Jefe Servicio Urología, Junio 2008).

Respecto a la apropiación de los recursos por parte de los funcionarios del Hospital, la percepción generalizada de los directivos entrevistados es que hay controles y fiscalización por lo que las oportunidades de corrupción son bajas, tanto por los controles internos como externos que existen. Esta situación cambiará sustancialmente cuando el Hospital pase a ser autogestionado, ya que los directores tendrán alto margen de autonomía sobre las compras y uso de los recursos en el hospital y así como en términos de convenios externos. En este punto emerge el gran temor de los dirigentes gremiales, principalmente por la enorme cantidad de atribuciones que tendrán los directores de hospital.

En síntesis los entrevistados perciben que en el Hospital y en el Servicio de Salud, no hay corrupción, puesto que los controles funcionan; sin embargo queda abierta la interrogante respecto al futuro, cuando el hospital pase ser autogestionado.

### 3.3.3 Estructura de Autoridad e Islas de Poder

El proceso de aprobación de la Reforma y el AUGE fue altamente complejo, debido a la fuerte oposición tanto del gremio médico como de los gremios no médicos de la salud. Una multiplicidad de paros, huelgas, marchas, protestas, etc. dejaron en evidencia las diferencias sustantivas en la manera de percibir esta Reforma las autoridades ministeriales y los prestadores de salud. Para los médicos el problema era y es de falta de recursos e infraestructura, mientras que para las autoridades es un problema de gestión de los establecimientos.

El AUGE, fue muy cuestionado por el gremio médico. Las críticas y demandas apuntaban a los protocolos de atención, a la defensa de la autonomía en el ejercicio de la profesión, a la mecanización de la medicina y al control de costos.

Los **protocolos de atención** fueron fuertemente resistidos y cuestionados por el Colegio Médico y los médicos en general, por considerar que la canasta sólo puede cumplirse cabalmente en un grupo de pacientes “tipo”. Se ha argumentado que la agrupación de pacientes por ‘diagnóstico principal’ no refleja la real dispersión de las patologías, lo que puede llevar a tratar inadecuadamente a los pacientes más complejos o bien producir un aumento en los costos del sistema. (Bastías, 2007)

Se enfatiza además el peligro de caer en una **mecanización en el ejercicio de la medicina**, en la cual todo paciente con el mismo diagnóstico principal será derivado a una misma canasta de prestaciones por razones económicas, sin considerar otros factores que determinan su cuadro clínico y sin evaluar potenciales alternativas de tratamiento no

incluidas en la canasta básica, y que pudieran mejorar el pronóstico de su patología (Bastías, 2007: 15 y Comisión de Salud Instituto Libertad, 2007: 12).

Por otra parte, se plantea que si bien la patología es la misma, la complejidad y **los costos de las intervenciones** serán distintos, por lo que en la medida que no esté adecuadamente estimada la variabilidad en los costos de la garantía, los prestadores de salud verán claramente afectada su viabilidad económica. (Averil, 1998).

Las resistencias de los médicos a la Reforma se fundamentan en temores a que primen criterios económicos en la gestión de los hospitales, a que personas que no son médicos determinen el quehacer de los médicos, que se privilegie la cantidad y se descuide la calidad; junto con ello, emerge el temor a la privatización de la medicina, y a la pérdida de poder y protagonismo.

En el seminario "Avances y perspectivas de la reforma de la salud", organizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y el centro de estudios Expansiva en Junio del 2007, el presidente del Colegio Médico, citó un estudio que indicaba que el 38% de los médicos se sentían amenazados y el 19% temerosos frente a la reforma.

A nivel de los hospitales efectivamente se ha generado un cambio significativo en términos de la estructura de poder, lo que afectó la forma tradicional de trabajo de los médicos. Se generaron mayores controles sobre la producción de los servicios clínicos y en el proceso de toma de decisiones se establecieron criterios técnico - económico.

Los cambios en la gestión del hospital han tensionado y generado fuertes resistencias y oposición de los médicos, lo que se vincula a su pérdida de poder. En la actualidad los hospitales son gestionados por equipos conformados por profesionales de diversas disciplinas. A lo que se suma que tanto en los hospitales como en las clínicas privadas, se han introducido nuevas forma de organización del trabajo médico y nuevas modalidades y reglas de desempeño, lo que hace que los médicos sientan que se ha producido una cierta proletarización de la profesión. Por otra parte, los protocolos de atención quitan autonomía y poder de decisión a los médicos en áreas netamente técnicas. Por último la ley abrió la posibilidad que sean Directores de Hospital y de Servicios de Salud profesionales no médicos.

Los cambios en la estructura organizativa del complejo, ha generado en los jefes de Servicio del Hospital Barros Luco un sentimiento de pérdida poder no solo a nivel jerárquico, sino también en sus propias unidades, como se desprende de la siguiente acotación de uno de ellos. *“Hoy el Jefe de Servicio no tiene una unidad a su cargo, ya que hay una dicotomía de poderes. Por un lado está el Médico Jefe de Servicio y su equipo médico; por otro, las enfermeras que dependen directamente de la Subdirección de Enfermería, por lo que no responden al médico jefe del servicio, y por último están los funcionarios que dependen de Administración y Finanzas, por lo que tampoco están bajo las órdenes del jefe de servicio. A esto se suma que las camas han pasado a ser de disposición del hospital, dejando de ser de uso exclusivo del servicio. Se puede decir que hay una desaparición de los servicios clínicos”*.

La Reforma también ha sido fuerte resistida y criticada por los gremios no médicos. Según el Presidente de la FENPRUSS, “esta reforma no ha sido instalada colectivamente, fue instalada a la fuerza, entre comillas y lo que nosotros logramos en el tema de la reforma, fue contener algunas cuestiones, nada más”.

Según la directora del Servicio de Salud, lo que obstaculiza los cambios y no permite desarrollar una institución, son las pugnas de los grupos de interés al interior de los hospitales. Que se desarrolle más o menos un hospital está dado por las presiones de los gremios a que esta sometido. *“Esto significa que si tú tomas una decisión que va a afectar al gremio A, B o C, tú sabes que vas tener una pugna gremial y una lucha de poder que te van impedir actuar. Cuánto ámbito de poder tienen los Directivos de Hospital para tomar determinadas decisiones, va a depender de que no afecte a algunos grupos de interés que te hagan la guerra y echen por tierra la disposición. De aquí que los Directores de hospitales se resistan a imponer medidas que saben que serán rechazadas y que los gremios se unirán e impedirán que se ejecuten y que, de imponerse, va ser a un muy alto costo. Este es el caso de los médicos que se han opuesto sistemáticamente a marcar digitalmente la entrada y salida del hospital. El tema de las ‘residencias’ es un tema en el sector y ha sido prácticamente imposible lograr que los médicos residentes de noche atiendan a los pacientes y no se encierren en los dormitorios. Un Jefe de Urgencia llegó a sacar las chapas a las piezas para que los residentes no se encerraran”* (Entrevista a Directora del Servicio de Salud Sur, Julio 2008).

Según la Directora Administrativa del Hospital, *“hay jefes de servicios que no se alinean a las directrices del hospital y siguen ejerciendo un fuerte poder en sus servicios, defienden su feudo y bloquean muchas decisiones del nivel central. El rechazo es porque se vislumbran un mayor control sobre el desempeño, por pérdida de prerrogativas o privilegios y cuando una medida es percibida como amenaza a la fuente laboral”*.

Hay coincidencia entre las autoridades que para modernizar la gestión es fundamental cambiar el sistema de remuneraciones fijas y por antigüedad, por un sistema que tenga un porcentaje fijo y otro variable, ligado a producción. Sin embargo, esto se no se considera posible por la fuerte resistencia del gremio médico. Para la Directora del Servicio de Salud, *“los estatutos que regulan el recurso humano son leyes que premian la promoción por antigüedad, la inamovilidad de los funcionarios, los puestos de planta que son justamente los que tiene inamovilidad de por vida. Tenemos una legislación que imposibilita que los gestores podamos llevar al recurso humano hacia el cumplimiento de metas y de promoción por buen desempeño. Modificar estas condiciones no es posible dado el poder que tienen los gremios”*. Mas adelante señala, *‘no se ven condiciones que permitan suponer que se lograrán cosas distintas en cuanto al trabajo, dado que el Colegio Médico acaba de negociar con el gobierno remuneraciones fijas y aumento de cargos de plantas’*.

Para aumentar la productiva de los funcionarios no médicos se estableció una política de incentivo monetarios colectivos ligado al cumplimiento de metas. El problema según las autoridades es que los funcionarios han asumidos dichos incentivos como parte del sueldo con lo cual el sistema ha perdido su función y posible impacto en la productividad. La Directora del Servicio de Salud, da como ejemplo el caso de un consultorio que no cumplió

las metas y por ende no recibió el incentivo y que se fue a huelga. Con las calificaciones individuales sucede algo parecido. Los jefes tienden a evaluar bien a sus funcionarios, *‘ya que si los evalúan mal, llegan los dirigentes gremiales a defender al funcionario, y quien termina siendo cuestionado es el jefe que calificó mal’*. Según los Jefes de Servicios los funcionarios no médicos tienen mucho poder, uno de ellos señaló *“si uno intenta decir que un funcionario no sirve, que no cumple, a los 5 minutos está la FENATS<sup>18</sup> instalada acá protestando. Van a la dirección y llaman a huelga. Las direcciones de hospitales tienen bastante temor de la FENATS”*.

Modificar estas condiciones se ve muy difícil dado el poder que tienen los trabajadores del área y es el factor que imposibilita gestionar en forma eficiente y moderna los establecimientos hospitalarios.

Pese a que los médicos en los hospitales han perdido cierto poder, el Colegio Médico y los gremios no médicos de la salud, sigue resistiéndose a los cambios y defendiendo sus prerrogativas e intereses particularistas. Los servicios médicos están capturados por las organizaciones gremiales, lo que impide avanzar hacia una gestión moderna y de calidad.

### 3.3.4 Proactividad hacia los Usuarios

La preocupación por el usuario está en el centro de la Reforma de Salud. Como se señaló con anterioridad, el AUGE estableció un **régimen de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera a los usuarios**. Se estableció tiempos de espera máximos para cada etapa, garantía de calidad y de protección financiera, a través de establecer los gasto máximo al que puede llegar anualmente una familia.

El AUGE asegura una atención de calidad similar a los pacientes al establecer los procedimientos, tipo de intervenciones, tratamientos y atenciones que se deben realizar para cada patología garantizada. Para cumplir con las metas financieras que sustentan el programa de garantías AUGE es necesario que cada tratante se ciña rigurosamente a lo definido por la canasta, restringiendo al mínimo las posibilidades de modificar el tratamiento, métodos diagnósticos y/o seguimiento, más allá de lo garantizado en las canastas, lo que asegura una atención similar a los distintos pacientes.

Los Jefes de Servicios y médicos del Complejo Barros Luco, estuvieron de acuerdo en cuanto a que los protocolos son necesarios e importantes por las siguientes razones. Para estandarizar, ordenar y asegurar calidad, y por otro lado, para evaluar y calcular los costos de cada evento y por lo tanto cuánto hay que pagar por cada patología de AUGE.

Si el prestador no cumple con la **garantía de Acceso y/o Oportunidad** de la atención, la persona debe dirigirse al asegurador - FONASA o Isapre -, para que a través de su red de prestadores se le otorgue la atención en las condiciones que el AUGE le garantiza. En el caso del sistema público, el reclamo lo puede efectuar en cualquiera de las Oficinas de Información y Reclamo (OIRS).

---

<sup>18</sup> Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENATS).

Por incumplimiento de la **garantía de protección financiera**, la ley estipula tres formas de resolver los conflictos entre el beneficiario y su Isapre o FONASA. Primero, que la Superintendencia de Salud resuelva los reclamos administrativamente, en forma sumaria. Segundo, que ésta entidad, a través del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales, resuelva las controversias mediante un arbitraje. En tercer lugar, y sin perjuicio de lo anterior, las partes podrán someterse a un procedimiento de mediación, con mediadores registrados ante la Superintendencia de Salud.

Adicionalmente se han establecido los derechos a la información que tiene los usuarios: Todo paciente debe ser informado de su estado de salud, diagnóstico, tratamientos, pronóstico, riesgos, precios de prestaciones y medicamentos y alternativas de financiamiento. Dentro de esto, se consagra también el derecho a decidir sobre todo tratamiento, intervención o procedimiento con la más completa información. Incluso se consagra el derecho a no recibir información alguna, en este caso, el paciente puede designar a un tercero para que reciba la información.

Por otra parte, si la persona considera que durante la **atención** se le ha provocado un daño, y su reclamo es contra un centro de atención público, el procedimiento de mediación se efectuará ante mediadores del Consejo de Defensa del Estado (CDE).

Las garantías tiene respaldo legal y mecanismos para su cumplimiento, sin embargo, existe la impresión que hay dos obstáculos que atentan contra su efectividad que son: la gente no conoce sus derechos y no tiene hábitos de exigir sus derechos ni de reclamar.

La percepción del Jefe Técnico Modelo en Red de SSMS, es que *“pese a la mala atención se observa que la gente reclama poco y al Ministerio le interesa empoderar a los usuarios y que sean ellos quienes controlan. Lo importante es que los ciudadanos conozcan sus derechos por una parte, y tanto o más importante es que existan derechos que estén definidos y sean conocidos, como los establecidos en el AUGE, lo que permite a las personas poder exigirlos. El problema es que la gente no conoce sus derechos y tiene poca costumbre de reclamar y hacerlos valer”*.

Para los sindicatos de trabajadores no médicos de la salud, “el motivo principal de que la gente no reclame es el desconocimiento ciudadano de su posibilidad de exigir sus derechos y hacer cumplir las prestaciones garantizadas, tanto en el sistema de salud público, como en el privado. *“Como bien sabemos, está garantizado por ley que el paciente debe recibir atención en los plazos estipulados, y si eso no se cumple, FONASA o la ISAPRE deben en 2 días derivar al usuario a otro centro médico. Si no ocurre así, la Superintendencia de Salud resolverá el problema en 48 horas. Sin embargo, son pocos los usuarios que conocen estos procedimientos, y por lo mismo no hacen valer sus derechos”*. (Cooperativa, 10/09/07).

Según informó el titular de la Superintendencia de Salud, la tasa de reclamo tramitados en FONASA fue de 2,02 (calculada en 10.000 beneficiarios) para el período enero - mayo 2008, casi el doble de lo registrado en el mismo período del año 2007. (Diario, La Segunda, 18-06-08). En el período comparativo enero- mayo de 2007 y 2008, los reclamos de usuarios de FONASA en la superintendencia pasaron de 126 a 298, con el 137% de

incremento. Los reclamos hechos en el propio FONASA, entretanto han aumentado de 5.729 a 6.588 (15%). Según la autoridad el motivo principal del aumento de reclamos en el órgano público sería el mayor acceso a información por parte de los usuarios. (EL Mercurio, 19-06-08)

El Superintendente de Salud, calificó el aumento en la tasa de reclamo como una tendencia positiva, pero que aún es baja y con subregistros, por lo que lanzó su quinta campaña informativa. Durante dos meses se intentará educar a la población respecto de la posibilidad que tiene de acudir a dicho órgano estatal en caso de disconformidad con las respuestas entregadas por FONASA o ISAPRE. (El Mercurio 19-06-08).

Según manifestó la Directora del Barros Luco, *“el usuario ha estado en el centro de la política de la institución. La idea era armar un Complejo en que se cautelara sobre todo la continuidad en la atención del paciente, desde la consulta en atención primaria, a su llegada al CDT y luego al hospital, en caso de ser necesario. Además, en caso de requerir atención de otra especialidad distinta, situación común en pacientes añosos y complejos, articular la red de modo que el paciente no tuviera que volver nuevamente al consultorio para obtener una nueva interconsulta al CDT o quedara en tierra de nadie. La idea era gestionar las listas de espera, de modo que el paciente estuviera en el centro, y darle una atención integral y oportuna”*.

Al consultarle en cuanto al proyecto institucional, la Directora señaló que al asumir la Dirección, no traían ninguna idea preconcebida, sino al revés, estaba abierta a todas las fórmulas posibles, *‘solamente tenía claridad que lo fundamental era el usuario y que éste estuviera al centro’*. Mas adelante señala, *“el actual equipo directivo del complejo, conformado por 25 personas de distintas disciplinas, son todas personas muy comprometida y convencida de la centralidad del usuario”*.

Esta posición del ‘usuario al centro’ está plasmada en la misión y ejes estratégicos de la institución. Como se puede observar, la misión tiene dos énfasis principales: uno orientado a los usuarios, en términos de elevar el nivel de salud de la población que tiene a su cargo el hospital; y el segundo elemento apunta a lograr una mayor eficiencia. Los dos primeros ejes estratégicos también dan cuenta de la orientación al usuario.

**Misión Institucional** *“Contribuir a elevar el nivel de salud de la población asignada, otorgando una atención integral de alta complejidad, confiable, prestigiada y humanizada con la participación activa de funcionarios capacitados y motivados; optimizando el uso de su patrimonio tecnológico y financiero, al servicio de la continuidad asistencial y centrada en el usuario”*.

Los **ejes estratégicos** del Complejo Asistencial Barros Luco, de acuerdo a la Directora del Complejo son: - el usuario al centro del quehacer; - continuidad en la atención al usuario; - hacer del Complejo un buen lugar donde trabajar; - equilibrio financiero, de modo de hacer del complejo una institución sustentable.

La importancia y preocupación por el usuario se ve reflejada en dos estudios realizados por el Servicio de Salud Sur (SSMS) uno acerca del grado de satisfacción de los usuarios con los servicios entregados y otro de la satisfacción de los funcionarios. Aunque no fue posible acceder a dichos estudios, las autoridades reconocieron que la satisfacción de los usuarios y de los funcionarios era muy baja.

La política para dar respuesta a las demandas de los usuarios ha estado centrada en ampliar las oficinas OIRS para que la gente reclame y resolver por esa vía la insatisfacción de los usuarios.

Según información proporcionada por el Contralor del SSMS, en el 2006 hubieron 1.261 reclamos en las oficinas del hospital (OIRS) y en el 2007, 1.413, de los cuales el 21% fueron reclamos por trato. En cuanto a las auditorías por presunta diligencia, en el 2005 y 2006 hubo 6 cada año, mientras que el 2007 subieron a 38. Según la Directora del Servicio de Salud, 'la enorme cantidad de reclamos que tiene el Barros Luco obedece a la política de facilitar los espacios y medios, teniendo oficinas de reclamos (OIRS) por todo el hospital, de modo de facilitar y que la gente puede emitir sus opiniones'. En la página WEB de reclamos a empresas<sup>19</sup>, el Complejo tenía 43.000 reclamos al 30 de Noviembre del 2008. Desgraciadamente no se detalla la fecha de inicio de dicho registro.

El AUGE, ha generado mucha tensión y cuestionamiento por parte de médicos y funcionarios no médicos del Complejo, especialmente por considerar que está mal implementada, lo que a juicio de ellos ha incidido en la insatisfacción de los usuarios. De acuerdo a los Jefes de Servicio, la Reforma no consideró los requerimientos de infraestructura, equipamiento y de personal requerido, por lo que no es posible dar una buena atención, lo que repercute en una insatisfacción en los usuarios.

Los médicos también critican la **información poco precisa de lo que cubre el AUGE** proporcionada por el Ministerio, lo que lleva a disconformidad en los usuarios. No se aclara que las enfermedades no están establecidas en base a patologías genéricas, sino en base a diagnósticos precisos y acotados<sup>20</sup>. Así, muchas patologías sólo están cubiertas en su fase avanzada, lo que crea en los usuarios, expectativas que no corresponde e insatisfacción.

Los Dirigentes de la FENPRUSS, por su parte, reconocen que en el hospital 'todo está en función de los usuarios, pero no se tiene cuenta que para poder responder, es necesario contar con los recursos para ello, la implantación de la Reforma ha sido muy desafortunado, lo que repercute en la insatisfacción de los usuarios'. (FENPRUSS, Exposición frente a Comisión investigadora del AUGE, Diciembre 2007)

Otro problema de implementación que repercute negativamente en los usuarios es el sistema informático que tiene como función monitorear el cumplimiento del AUGE (SIGGES). Según la encargada del SIGGES, hay problemas en cuanto al diseño del

<sup>19</sup> Ver [http://www.reclamos.cl/empresa/hospital\\_barros\\_luco](http://www.reclamos.cl/empresa/hospital_barros_luco)

<sup>20</sup> Esto significa que las personas tienen que cumplir con los requisitos establecidos para cada patología, en cuanto a edad, sexo, y la sintomatología especificada.

SIGGES, como en la implementación, por lo que ha habido serios problemas y de todo tipo<sup>21</sup>.

De acuerdo al gremio profesional no médico (FENPRUSS), **los problemas de registro del SIGGES**, crea conflictos a la hora de garantizar oportunidad de atención y de asegurar sus derechos a los usuarios. *“Es de conocimiento público las falencias y la poca fiabilidad de los datos de la red implementada por FONASA, llamada SIGGES, lo que ha provocado el cobro indebido a pacientes con patologías AUGE, quienes al presentar sus reclamos se les a devuelto el dinero cobrado indebidamente. La pregunta es ¿a cuántos usuarios les han cobrado indebidamente por problemas en los registros?”.* Por otra parte, señalan que *“la falta de registro por parte de los propios médicos que no registran a los pacientes como AUGE, también crea conflictos a la hora de garantizar oportunidad de atención y de asegurar su derecho al usuario”.* (FENPRUSS, Exposición frente a Comisión investigadora del AUGE, Diciembre 2007).

En cuanto a la **atención al usuario**, se reconoce que hoy el trato al usuario es un tema relevante tanto en la sociedad, en las instituciones y para los funcionarios. Según la Directora del SSMS, el AUGE mismo significó un cambio en que lo central pasó ser la persona que tiene derechos y que se le deben respetar, con lo que se cambió el eje de los servicios de salud, desde instituciones que ofrecen servicio, a instituciones que dan un servicio a ciudadanos con derechos. (Entrevista a la Directora del Servicio de Salud, Julio 2008). Como se vio con anterioridad, el 25% de los reclamos en los dos últimos años han sido por el mal trato recibido.

Según la Directora, hay un cambio en la atención a los usuarios pero éste se atribuye más a cambios en la ciudadanía que a las capacitaciones que han tenido los funcionarios. Los usuarios dejaron de percibirse como beneficiarios. Ha habido un empoderamiento y mayor defensa de los derechos por parte de los ciudadanos, una modernización a nivel de la ciudadanía que ha golpeado e impactado en los funcionarios de la salud haciéndolos más concientes de sus deberes. La presión proveniente de los usuarios, unido al trabajo que el Hospital Barros Luco ha hecho en términos facilitar y crear los medios para que la gente pueda expresarse y reclamar, han obligado a los funcionarios a dar un mejor trato a la gente. (Entrevista a la Directora del Servicio de Salud, julio 2008)

Según los médicos entrevistados, “pese a que se han gastado “miles de recursos en cursos tendientes a mejorar la atención a público” el problema de la mala atención persiste, lo que se atribuye, en parte, a un problema de nuestra sociedad, comportamientos por ende difícil de cambiar. Los gremios y Directivos del complejo en cambio, tienden a atribuir la mala atención a la tensión que genera en los funcionarios la sobrecarga de trabajo que ha significado el AUGE.

---

21 Los cuestionamientos al SIGGES en cuanto al diseño son: su inestabilidad; que no alerta cumplimientos de plazos lo que obliga a tener doble registro en los hospitales; y que no se integra con los otros sistemas de información. En cuanto la implementación se critica que se dio inicio al AUGE sin estar implementado y probado el sistema, que no hubo capacitación al personal, que el formulario se llene a mano por los médicos lo que aumenta la posibilidad de errores y que no hubo período de marcha blanca.

A juicio de los Directivos del Hospital, la mala atención obedece a la presión que puso la Reforma, que ha generado lo que uno de ellos calificó de ‘stress organizacional’ en los funcionarios, quienes además de cumplir con sus labores clínicas, deben realizar una serie de papeleos administrativos impuestos por la reforma. En esta línea, la visión de los Dirigentes gremiales es coincidente, *“Y el personal tiene que llenar papeles, planillas, todas esas cosas. ... las fichas de atención las tiene que hacer día a día (...) además de atender al paciente hay que hacer el trabajo administrativo. Es cierto, es necesario, pero también, la gente debe tener la holgura suficiente para cumplir con su trabajo. O hago bien el registro, o hago bien la atención al paciente. Por eso se producen los desencuentros con las personas. Yo he visto que por eso los trabajadores andan irritados...”* (Entrevista a Secretario General FENPRUSS, Junio 2008)

La impresión generalizada es que el AUGE, más que mejorar la atención a los pacientes, produjo un colapso en el sistema, una congestión de pacientes que deben ser atendidos. Se privilegian los casos AUGE y aumentan con ello las listas de espera de aquellos los pacientes que no tienen patologías garantizadas. *“El AUGE, más que facilitar la atención del paciente y hacer grata la atención ha significado un atochamiento de pacientes en urgencia, y atochamiento en las listas de espera,”*. (Secretario General Fenpruss).

El AUGE no ha mejorado un problema significativo y constante en el sistema público de salud: los largos tiempos de espera, y listas de atención de meses, e incluso años. Un estudio realizado por Adimark junto con la Clínica Las Condes, refuerza esta apreciación al constatar que dos tercios un 65,7% de las personas que se atienden en hospitales públicos declara haber tenido que esperar mucho para ser atendido, teniendo una hora pedida. (Encuesta Adimark, 2008: 37).

La encuesta de satisfacción usuaria realizada por la Superintendencia de Salud (2007), se observa que un 87%, de los usuarios que se atendieron por el Plan AUGE o que tienen un familiar que se atendió por el Plan AUGE, presenta un nivel de ‘alto de satisfacción’. Sin embargo, al considerar la muestra total y no solamente la sub-muestra de quienes fueron atendidos, solo el 55% opina que la puesta en marcha del Plan AUGE les permitió acceder a una mejor salud. Esto se explica dado que el principal problema en el sistema público hospitalario, es lograr entrar al sistema, ser diagnosticado dado que es en ese momento cuando la garantía y los plazos empiezan a correr.

Un recorrido por las dependencias del Hospital deja en evidencia, las falencias que tiene el hospital en cuanto a infraestructura. Se observa, falta de baños, salas de esperas aglomeradas, carencia de sillas para acompañantes y pacientes, especialmente en Urgencia. Dada la falencia en infraestructura y condiciones físicas del hospital, no es posible concluir que los pacientes están recibiendo un trato digno.

Del análisis de la dimensión se desprende que la Reforma no ha logrado solucionar los problemas intrínsecos del sistema como son la mala atención en cuanto a trato que reciben los usuarios, las listas de espera y demora en la atención. Están los mecanismos institucionales, y hay un esfuerzo de las autoridades para que la gente pueda reclamar, pero no hay una política tendiente a informar mejor al usuario acerca de sus derechos, función que está siendo cumplida mejor por los medios de comunicación que por las

autoridades de salud. Por último, si los servicios no pueden responder al aumento de la demanda, la pregunta que surge es ¿qué sentido tiene que la gente reclame?. De acuerdo a los médicos, lo que se está instalando lentamente es que la gente cada vez más sabe que quien reclama es atendida.

### 3.3.5 Tecnología y Gestión

Rodríguez y Boitano (2001) plantean que tradicionalmente la cultura hospitalaria se ha caracterizado por ser una **cultura de la escasez**. La cultura médica está determinada por un sentimiento de carencia en cuanto a recursos para la salud, respecto a las propias demandas de los médicos, y respecto a poder satisfacer las demandas de los usuarios. Los médicos coinciden en que el hospital no es el lugar para ganar plata, siendo la ventaja de trabajar en los hospitales, el poder adquirir experiencia e intercambiar con sus pares.

Para el estamento médico, acceder a **nuevas tecnologías**, contar con los insumos y los equipos para realizar su labor es muy importante y altamente valorado. La Reforma significó importantes inversiones en equipos de última generación, además de recursos de imagenología y de laboratorios. Se ordenaron e hicieron más expeditos los procesos de apoyo a los servicios clínicos, todo lo cual es destacado y valorado por los médicos. Las quejas y temores son más bien en términos del tiempo que toma la reparación de los equipos y a temores a que los equipos queden obsoletos o se echen a perder y no se repongan.

En esa misma línea va la preocupación respecto a los protocolos que establece el AUGE. Que las canastas no se actualicen, frenaría la incorporación de nuevas tecnologías y métodos diagnósticos y terapéuticos que mejoran el resultado de la intervención médica (Bastías, 2007). Por su parte la comisión de salud del Instituto Libertad, planteó que de no actualizarse se generaría una brecha entre los pacientes que pueden acceder a los tratamientos de última generación versus aquellos que seguirían siendo tratados con protocolos no actualizados, creando mayor inequidad en el acceso a salud de la población.

Otro aspecto importante de considerar en la dimensión tecnológica es la apertura de los miembros de la organización a una **gestión moderna**. Una administración moderna requiere de un proyecto institucional, metas claras y definidas y medios para alcanzarlas, instancias de información y control y una gestión de los recursos humanos que considere el desempeño o resultados. Las metas a lograr y que orientan a los Hospitales están definidas en los requerimientos de gestión establecidos para que un hospital pase a ser autogestionado. ( Ver Anexo 2 Hospitales autogestionados)

El Hospital Barros Luco, a partir del año 2002 hasta la implementación del AUGE (2005), se gestionaba de acuerdo a una planificación estratégica a cuatro años, elaborada de acuerdo a los lineamientos estratégicos del Servicio de Salud y del Ministerio. Estos lineamientos fueron sobrepasados y desdibujados por el Plan AUGE que puso un pie forzado en los hospitales, especialmente en los de alta complejidad como el Barros Luco.

Según la Directora del Complejo, ‘los plazos que establece el AUGE obligaron a ordenar y planificar con una mirada de procesos y de tiempos, impactando significativamente en el modo de **organizar la oferta**’. Las metas institucionales pasaron a regirse por las exigencias de cumplimiento que establece el AUGE, por lo que en los hechos, las actividades y controles de la Dirección se establecen en relación a los cumplimientos de las garantías de las patologías que están en el AUGE. Para ello se constituyó una planta administrativa encargada del AUGE, junto con otras encargadas de llevar las estadísticas financieras, de producción del hospital y la política de recurso humano. Es importante destacar que pese a que la Directora del Servicio y la Directora de Administración y Finanzas, dijeron que había ‘Informes de Gestión’, no fue posible obtenerlos. La institución tampoco cuenta página WEB y es imposible obtener información de los servicios que ofrece la institución por Internet. Tampoco fue posible obtener información de la actividad del hospital, salvo en lo referido a la comparación de los meses de Enero Marzo del 2007 y 2008.

De acuerdo a las autoridades de Servicio y del Complejo, un factor que ha favorecido y permitido aumentar la producción y asegurar eficiencia han sido las **prestaciones ‘valoradas’ y el ‘AUGE’** que vinculan ingresos con resultados. Actualmente el 60% del presupuesto es histórico, el otro 40% está asociado a presupuesto “valorado”, es decir, patología e intervención realizada que son pagadas a la institución por FONASA, lo que ha incidido en la eficiencia de los servicios clínicos. Cada unidad clínica determina el número de cupos de prestaciones valoradas que va realizar, el hospital lo evalúa con el Servicios de Salud y éste lo negocia con el FONASA.

Según los Jefes de Servicios entrevistados, las unidades elaboran compromisos de gestión, comprometiéndose a atender un número determinado de pacientes en los consultorios y a hacer un número determinado de intervenciones claramente especificadas, que es monitoreado por la Dirección. El Jefe de Neurología destacó al respecto, “*Un administrativo monitorea y está controlando cuánto hemos operado y cuánto se ha dejado de operar. Tengo una carta que dice, ‘Estimado doctor, durante el mes de Febrero Ud. no ha logrado la meta del 80% correspondiente a este mes. ¿Cuales fueron las razones?’ Hay que justificar, lo que es un desgaste enorme*”. (Entrevista Jefe de Neurocirugía Junio 2008)

Esta forma de funcionamiento genera, conflictos, problemas, y sentimientos de ineficiencia. De hecho, este año los Jefes de Servicios se opusieron a firmar ‘compromisos de gestión’, por considerar “*que no tienen suficiente autonomía para gestionar y planificar la actividad a realizar en sus servicios ya que con el Auge, el Hospital está funcionando como centro de urgencia lo que no permite establecer metas y cumplirlas*”. (Entrevista Jefe Servicio Urología, Junio 2008). Esta apreciación es compartida por la Directora Administrativa, quien lo atribuye a que el 60% de quienes ingresan al hospital, ingresan por urgencia, antecedente que aval el juicio que el hospital está funcionando como hospital urgencia, lo que dificulta establecer metas y compromisos a los servicios.

Según el Jefe de Urología, actualmente se sigue con la estructura por servicios médicos que dependen de la subdirección médica y con camas que pertenecen al servicio, pero en la realidad son camas de libre disposición del Hospital. “*Hoy sin ir más lejos, 14 de las 30*

*camas que tiene el Servicio de Urología están ocupadas por traumatología*". Esta forma de funcionamiento a juicio de los jefes de servicios no permite **planificar la actividad** del servicio y genera alta ineficiencia. *"Uno avisa al paciente que se tiene que operar y se encuentra con que la cama que tenía presupuestada está asignada a una urgencia y la persona programada se tiene que devolver a su casa. La planificación con este sistema es imposible y sin embargo, nos piden cuenta en base a rendimiento, lo que no es posible. De hecho a principio de año nos querían hacer firmar los PMG y los jefes de servicio nos opusimos y no los firmamos"*. (Entrevista Jefe Servicio, Junio 2008).

El jefe de servicio de Urología, percibe que la Reforma y el AUGÉ, ha generado un derroche de recursos y que *'la eficiencia se ha ido al suelo, ya que esta forma de funcionamiento no permite planificar y menos hacer un buen uso de los recursos'*. Acota al respecto, *"las estadísticas de urología son desfavorables, pero por problemas de disponibilidad de camas y problemas de placa técnica en que si se necesita el pabellón o la cama para una urgencia la ocupa el Hospital, y el Servicio se quedan sin poder operar"*.

En términos de los trabajadores no médicos, se han establecido metas cuyo cumplimiento permite recibir **incentivos colectivos a los funcionarios**. El problema es que los funcionarios asumen que los incentivos forman parte del sueldo o del contrato, con lo cual el sistema ha perdido su objetivo y su posible impacto en la eficiencia y productividad. *"Los servicios para recibir los incentivos colectivos deben cumplir con las metas programadas, y pasó que en un consultorio que no cumplió con la meta y por ende no recibió el incentivo se decretó en huelga, lo cual claramente es un contra sentido. Lo mismo ocurrirá acá el día que no se de el incentivo, los funcionarios se van a parar, por lo que se hacen todos los esfuerzos para que ellos cumplan. Los persiguen, les muestran los resultados y los ponen en alerta que van a perder los incentivos'*. (Entrevista a la Directora de Servicio de Salud, Julio 2008)

Según constataron Boitano y Rodríguez (2000), las calificaciones que los jefes hacen del personal a su cargo, salvo excepciones, no dan cuenta del desempeño de los funcionarios. Estas calificaciones se transforman en un rito y una formalidad que nada tiene que ver con el real desempeño del personal y fortalece y fomenta la "mediocridad pareja". La presión que generan los gremios cuando alguien es mal evaluado, limita las facultades de los jefes en término de poder reconocer el desempeño real o efectivo de sus funcionarios

En el Hospital Barros Luco, sucede algo similar con las **calificaciones individuales** ligadas a incentivos monetarios. Los jefes tienden a evaluar bien a sus funcionarios, *'ya que si los evalúan mal, llegan los dirigentes a defender al funcionario, y quien termina siendo cuestionado es el jefe que calificó mal'*. (Entrevista al Jefe de Servicio, Junio del 2008)

En términos de la gestión del recurso humano se cuestiona que la Reforma, no haya considerado en la implementación el impacto que el AUGÉ tendría en los requerimientos de recursos humanos y de infraestructura.

Uno de los grandes problemas que ha tenido el Hospital Barros Luco en la implantación del Auge ha sido la **falta de profesionales** en algunas especialidades médicas, así como

disponibilidad de **camas y pabellones**, factores que inciden significativamente la eficiencia y producción de algunas unidades del área quirúrgica.

El gobierno ha reconocido que hay déficit de médicos. Es importante señalar en este punto que las autoridades siguen tomando medidas para mejorar estos problemas. La Nueva Ley Médica, (abril de 2008), busca reducir las listas de espera en los hospitales, al “permitir concursar a mil cargos de titularidad y que los directores de servicios de hospitales tengan incentivos económicos para trabajar”, como señaló el Presidente del Colegio Médico. (Cooperativa, 21/04/08). Sin embargo, los dirigentes de gremios de profesionales y técnicos no médicos, han sido enfáticos en señalar que *‘es necesario aumentar los recursos, así como la dotación de profesionales en todos los ámbitos, no sólo médicos, para poder brindar una buena atención y que los trabajadores no se vean sobrepasados’*.

A juicio de las autoridades del Complejo, lo que ha impedido la correcta implementación de la Reforma, y generado malestar y conflictos, es que se implementó sin los estudios de los **requerimientos y disponibilidad de recursos humanos**, y del impacto que tendría la reforma en las **cargas laborales**. Según los Directivos el que la mayoría de los enfermos sean enfermos de alta complejidad ha significado una sobrecarga de trabajo al personal, lo que se ha traducido en desmotivación, cansancio y stress y el consecuente ausentismo laboral por licencias médicas.

Para los gremios en cambio el problema es más complejo y radica en que la reforma ha sido instalada a la fuerza, sin considerar los planteamientos de los trabajadores de la salud, tanto médicos, como no médicos.

En síntesis, no hay un proyecto institucional claro y consensuado, no están los recursos humanos necesarios ni de infraestructura (faltan camas y pabellones) y la dinámica ha sido asegurar el cumplimiento de las garantías AUGE que están por vencer, lo cual ha llevado a los médicos a considerar que la institución se está gestionando como ‘hospital de urgencia’, lo que va en desmedro de una mayor eficiencia de los servicios, ya que no permite planificar y establecer metas de producción y menos cumplirlas.

Hay claros avances en términos tecnológicos, sin embargo, hay serias deficiencias en términos de infraestructura, de recursos humanos y de gestión. Las autoridades están haciendo esfuerzos por superar los déficit de médicos, sin embargo, el problema es bastante más complejo como se pudo apreciar en los problemas que enfrenta el Complejo Barros Luco.

### 3.3.6 Aliados Externos

En cuanto a los apoyos que han recibido las autoridades para impulsar y gestionar la reforma, la impresión es que ni los Directivos del Servicio de Salud, ni del Hospital han contado con aliados del nivel central o autoridades superiores que le faciliten y colaboren en la implementación de la Reforma.

La forma de impulsar los cambio tanto desde el nivel central como al interior del hospital ha sido más por ‘presión’ que por participación y compromiso, como se desprende de las

palabras de la Directora Administrativa del Complejo. Al consultar si hay un trabajo conjunto entre la Dirección del Hospital y los servicios clínicos, señaló, *“hasta hora, la tendencia ha sido trabajar al interior del equipo directivo. Como era un equipo que venía de afuera, lo que se hizo fue avanzar solos, tratando de sumar a los servicios en las jornadas intersemanales que se realizan una vez al año. A nosotros nos están obligando a gestionar el hospital y nosotros estamos presionando a los servicios para ellos ensayen y se vayan involucrando en la gestión de sus servicios”*.

Los vínculos de los Directivos tanto del Servicio de Salud como del Hospital con las autoridades superiores son débiles. Estos percibían que las autoridades no los informan bien, ni los consultan. Las acotaciones respecto a que la Reforma se impuso por presión es un claro indicador de esta falta de vínculos y aliados. En la actual discusión acerca de aumentar las patologías o ampliar la cobertura de las existentes, que es algo que va afectar directamente a los Hospitales autogestionados, los encargados de Servicio de Salud no han participado de la discusión ni han sido consultados. La tendencia en el Nivel Central es a planificar y detectar los problemas vía estudios y encuestas, más que a través de diálogo directo con quienes tendrán que llevar a cabo y poner en práctica las políticas.

Los Jefes de Servicios y los Dirigentes Gremiales critican que se haya implementado la Reforma y el AUGE, **sin consultar a los afectados**. Los médicos critican que no se les informó adecuadamente, no se preparó al personal para el cambio y que éstos cambios se hicieron sin preguntar a las personas afectadas, que son las que tienen los conocimientos e información. Los médicos Jefes de Servicio dicen no saber que se quiere hacer con el Hospital, cuál es el modelo que se quiere implementar y se hacen conjeturas si será el mismo modelo implementado en el Hospital Salvador. Esta apreciación es un claro indicio que la institución carece de una hoja de ruta consensuada de donde se desea llegar. Los gremios, por su parte, consideran que la reforma ha sido instalada a la fuerza y sin considerar los planteamientos de los trabajadores de la salud, lo que explica la insatisfacción y el rechazo a la Reforma.

Queda la impresión que tanto el Servicio de Salud, como las autoridades del Complejo, han centrado su quehacer en dar respuestas a las demandas que establece el AUGE, por lo que sus vínculos externos, se han centrado en establecer convenios con clínicas y centros médicos particulares que les permitan asegurar el cumplimiento de las garantías AUGE.

### **3.3.7 Alineamiento institucional con políticas del Gubernamentales**

Un aspecto de interés del presente estudio es determinar si las instituciones que dan los servicios de salud están alineadas con los objetivos gubernamentales buscados y destacados en la reforma. De acuerdo a los principios de la Reforma ésta al garantizar el derecho a la salud de las personas debería arrojar resultados positivos en términos de lograr mayor equidad, además de mayor eficiencia y participación social en salud.

En agosto de este año, 2008, la Ministra de Salud dio a conocer las principales cifras del Plan AUGE, a tres años de su inicio. Se han atendido 5 millones 698 mil 115 personas, de las cuales el 95,2 % son personas afiliadas a FONASA y 4,8 % afiliadas a ISAPRE. Destacó que gran parte del total de beneficiarios del plan, corresponde a usuarios FONASA de los

tramos A y B que son las personas de menores recursos, (74,9% del total de garantías), y que la mayoría de las atenciones se concentran en niños y adultos mayores (entre ambos grupos suman 65,3 del total). Destaca además que la mayor parte de casos AUGE son resueltos a nivel primario (postas y consultorios municipalizados) llegando al 86,48% del total. También hizo hincapié en la disminución porcentual de los incumplimientos de garantías, que bajaron de 7,43% en diciembre de 2007 a 5,18 % en junio de 2008. Sin embargo, en términos absolutos, eso significa que mientras en diciembre del 2007 había 260 mil casos AUGE pendientes, es decir, no atendidos dentro de los plazos establecidos, seis meses después la cifra subió a 290 mil.

Los Directivos tanto del Servicio de Salud Metropolitano Sur como del Complejo Barros Luco, coincidieron en que la reforma había impactado y generado mayor **equidad**, al llegar en forma especial a los sectores de menores ingresos. El sistema de entrada, la forma de transitar en la red, las garantías y los plazos que establece el AUGE para las 56 patologías son factores que se reconocen como elementos muy importantes que han fortalecido y asegurado la equidad en el sistema público de salud chileno. Las personas sólo ingresan al hospital ya sea por urgencia o por interconsulta desde la atención primaria, las listas de espera se respetan y se programan de acuerdo a los plazos que establece el AUGE. Si el sistema público no está en condiciones de dar servicio garantizado en el plazo que establecido el paciente es derivado a otro hospital público o al sistema privado, lo que asegura la equidad.

Los reparos son básicamente respecto a las personas con patología no AUGE que a juicio de los Jefes de Servicios son discriminadas por el sistema. Hay una mayor equidad al plantear un sistema de salud que atiende sin distinciones socioeconómicas. Sin embargo, al privilegiar a los pacientes con patologías AUGE, se excluyen y dejan de lado a quienes se ven aquejados por otro tipo de dolencias, produciendo el colapso en las listas de espera de los enfermos con patología no AUGE. Así, junto con incluir algunos pacientes, la Reforma lleva implícita la exclusión de otros.

Sin embargo, pese a estos logros en cuanto a equidad, los datos de satisfacción de los usuarios y la percepción que los usuarios tienen del sistema público, aportados por distintos estudios no son tan positivos ni alentadores, como se vio con anterioridad.

En cuanto a **eficiencia**, según los Directivos del SSMS y del complejo, persiste la percepción de una alta ineficiencia en los hospitales públicos. Los medios de comunicación y la derecha política, tienden a destacar los enormes recursos invertidos en el sector, y la persistencia en cuanto a las listas de espera y falta de atención a los enfermos. A juicio de los entrevistados esta percepción de ineficiencia se debe, en parte, a que los enfermos que llegan actualmente al Complejo Barros Luco son en su mayoría de “alta complejidad”, es decir, pacientes de mucha edad y/o con múltiples dolencias, lo que se traduce en que los tratamientos requieren de la intervención de varias especialidades. Por otra parte, los actuales estándares de calidad son más exigentes en cuanto al personal médico, de enfermería y paramédico a cargo de los pacientes. Un ejemplo que se señala es la necesidad de contar con más exámenes y más médicos anestesistas; antes, un anestesista atendía varios pabellones en forma simultáneamente, hoy en día, es requisito tener un anestesista por pabellón. Algo similar sucede en cuanto al cuidado de los enfermos de alta

complejidad, en que el número de camas que puede atender una enfermero(a) y un auxiliar es menor. Como señaló la directora administrativa del hospital, “esto significa que hay necesidad de más y mas costosos exámenes, de más personal y ese es un gasto que no se traduce en mayor producción o mayor cantidad de pacientes atendidos”.

Efectivamente si uno compara las cifras de 2004, antes del AUGE, con las cifras del 2007 se observa baja variación como se puede ver en la ver en la Tabla N° 1

Tabla N° 1 Nivel de actividad Complejo Barros Luco 2004 y 2007

	Camas	Egresos	Índice ocupacional	Promedias estadía	Índice rotación	Letalidad
2004	669	29.752	86,8	7,1	46	s/i
2007	664	30.994	93,3	7,7	43.7	4.43

Fuente: Estadísticas del MINSAL, año 2004 y 2007

Las cifras proporcionadas por el Complejo Barros Luco, indican que efectivamente el hospital ha aumentado las atenciones de patologías de mayor complejidad y disminuido las de menor complejidad, entre enero y marzo de 2008 respecto a enero y marzo 2007. Como se puede ver en el Cuadro N° 2, en el lapso de un año las cirugías mayores aumentaron en un 4,6%, mientras que las intervenciones menores disminuyeron en un 23,6% en el mismo período. Las hospitalizaciones aumentaron en un 4,7%, es decir de 598 a 626. El aumento de las atenciones de mayor complejidad se refleja en los promedios de días de estadía de los pacientes, como en el índice de ocupación de las camas en dicho período. Como se observa en el Cuadro N° 2, el promedio de días de estadías aumentó respecto al año 2007 y el índice de ocupación de camas creció en un 4.5%. Otro indicador altamente sugerente del aumento del costo de la atención hospitalaria es el mayor número de exámenes en la atención cerrada, los que aumentaron en un 13.3% (Ver cuadro N° 2).

Cuadro N° 2 Comparación de la Actividad del Hospital Barros Luco en el período enero-marzo 2008, respecto al período Enero Marzo 2007

Indicador	Periodo enero-marzo 2007	Periodo enero Marzo 2008	% de variación
Cirugías mayores AT cerrada	4.826	5.050	4,6%
Cirugías menores AT. cerrada	2.793	2.133	-23,6%
Hospitalizaciones	598	626	4,7%
Índice ocupación de camas	91,7	95,8	4,5%
Promedio de días de estadías	7,7	7,9	
Exámenes atención cerrada	209.920	237.793	13,3

Fuente: Información proporcionada por el Complejo Asistencial Barros Luco, 2008.

Cuadro N° 3 Comparación de los egresos del Complejo y Hospital Barros Luco en el período enero- marzo 2008, respecto al período Enero Marzo 2007

Indicador	Periodo Enero-marzo 2007	Periodo Enero Marzo 2008	% de variación
Egresos Totales Complejo	6.898	7.020	1,7 %
Egresos Servicios Quirúrgicos	1.693	1.508	-10,9 %
Trauma	678	951	40 %
Urología	220	285	29 %
Medicina	1.508	1.779	18 %
Urgencias	2.733	3.052	11,6 %

Fuente: Información proporcionada por Complejo Asistencial Barros Luco, 2008.

En el Cuadro N° 3 se observa que los egresos totales aumentaron en un 1,7% entre Enero-Marzo 2008, respecto a igual período en el año 2007. Los cambios en la actividad del Hospital Barros Luco, han incidido en forma significativa las nuevas patologías incorporadas en el plan AUGE, las inversiones realizadas y la mejor coordinación entre las distintas unidades requeridas para resolver las patologías, y probablemente las actividades quirúrgicas realizadas fuera del horario médico, que son contabilizadas como producción y actividad del Complejo.

La Reforma claramente ha impactado la forma de funcionamiento de Hospital. En términos de equidad la impresión es que hay logros significativos, pese a que las listas de esperas continúan siendo muy altas, pero una vez que la persona ingresa al sistema, las garantías se cumplen en un alto porcentaje ya sea internamente, siendo derivadas a otro centro hospitalario o a un centro privado externo, o a través de atenciones en el mismo hospital en jornada no contratada de médicos. Así mismo la entrada al hospital, la circulación por la red y el orden de llegada se respeta y funciona bien. Las cirugías y tratamientos están planificados de modo de resguardar los plazos de las garantías AUGE.

Del estudio de caso se observa que las cifras no reflejan un aumento significativo en cuanto a la producción del Hospital, si se consideran los distintos indicadores de actividades, como son, gestión de cama, intervenciones quirúrgicas, etc. Esto es atribuido por las autoridades del Hospital al mayor número de pacientes de alta complejidad que ha significado el AUGE. Los jefes de servicio, en cambio, lo atribuyen a la falta de camas, pabellones y de anestelistas, el no haber aumentado más su nivel de actividad.

En cuanto a la **calidad técnica de la atención** en los hospitales, los protocolos de atención así como las acreditaciones periódicas a que son sometidos los hospitales y la obligación de los médicos de acreditarse son instancias que apuntan a dar garantía de buen servicio.

En cuanto a **participación de los usuarios** los logros son menores. Los cambios en este ámbito son básicamente, que los usuarios con patologías auge tienen derechos garantizados y mecanismo para hacerlos valer. La forma de conocer las necesidades y molestias de los usuarios es a través de los reclamos, estudios y encuestas. Estos pueden expresar sus reclamos y opiniones ante diferentes instancias. Sin embargo, la calidad en cuanto al trato

que reciben los usuarios, no ha mejorado, este sigue siendo un importante motivo de reclamo. Por otra parte, las listas de espera para los pacientes AUGE se han reducido pero para los enfermos con patologías no AUGE, éstas han aumentado. Existe además un consejo consultivo de usuarios con participación de organizaciones sociales reconocidas por la comunidad. También hay encuestas de satisfacción usuaria realizadas por agencias externas e internas realizadas el 2007.

Independiente de los resultados alcanzados es posible sostener que la institución está en línea con las orientaciones de que buscaba lograr la Reforma de Salud y el AUGE, se han generado mayores mecanismos de control y se ha cambiado la política y forma de gestión para dar cumplimiento al AUGE y lo demandado por las autoridades para alcanzar el status de 'autogestión en red', por lo tanto, se puede sostener que la institución está en línea con lo demandado por la reforma.

Una interrogante que surge es en relación a los factores que han permitido que la institucionalidad y las organizaciones de salud, se adecuen y respondan aunque sea parcialmente a lo establecido y demandado por la Reforma.

Al respecto hay diversos hitos que pueden haber favorecido el cambio. En primer lugar la ley que reformó el sistema de salud se aprobó en el parlamento con los votos tantos de la derecha como de la coalición de gobierno, es decir se logró un amplio consenso. En segundo lugar, ésta no sufrió modificaciones significativas salvo en lo dice relación con la creación de un fondo común para el AUGE que comprendía tanto el sistema público como el privado. La derecha se opuso a establecer un sistema solidario entre ambos sistemas aludiendo a que los recursos de los privados eran recursos personales de los afiliados convenidos con las ISAPRES y por ende no correspondían a un subsidio como era el caso de la salud pública. En segundo se trata de una reforma financiada, ya que el 1 % del IVA se destinó a solventar los mayores gastos que implicaría la Reforma. En tercer lugar, es una Reforma que favorece tanto a las personas que están en el sistema público como en el sistema privado, y por ende afecta positivamente a toda a la población. Otro factor importante ha sido la creación de la Superintendencia de Salud, que reemplazó a antigua Superintendencia Privada de Salud, incluyendo el control y monitoreo de ambos sistemas el público y el privado. Esto significa que las personas no solo cuentan con una institución donde realizar sus reclamos y exigir las garantías que establece la ley, sino también hay procedimientos y regulaciones de cómo se resuelven los conflictos, entre las instituciones y los personas o ciudadanos. Pero sin lugar a dudas el que los usuarios del sistema público de salud tengan patologías que están garantizadas por ley es el factor que mas significativo en cuanto a generar cambios en la organización y gestión de los hospitales público.

La labor desarrollada previamente por FONASA es otro factor importante que ha permitido alinear las instituciones de salud con las disposiciones que establece la Reforma. Al respecto cabe destacar que FONASA, desde hacía un tiempo venía evaluando los procedimientos e insumos de las distintas patologías, con el objeto de determinar los costos éstas y así poder establecer los valores a pagar a las instituciones y/o profesionales tanto públicos como privados. Estos antecedentes han sido fundamentales al momento de establecer los protocolos y los costos las distintas patologías que comprende el AUGE y poder controlar y pagar los servicios otorgados por los sistemas tanto público como

privado. Estos protocolos además de asegurar calidad y equidad en la atención, son vistos por los médicos como una forma de evitar los riesgos de demanda de la población si algo sale mal, por lo que pese a la oposición inicial del Colegio Médico, son vistos como necesarios e importantes por éstos.

Por último, por tratarse un sector de mucho interés, sensibilidad y preocupación de la ciudadanía, los medios de comunicación permanentemente están destacando y resaltando los problemas en los hospitales y monitoreando como éstos están respondiendo a lo demandado por la reforma. Esta vigilancia social hace que los funcionarios se sientan controlados y vigilados no solo por los usuarios sino también por los medios que suelen tener alto impacto en la ciudadanía.

En este sentido se puede decir la Reforma a impactado y obligado a los establecimientos a funcionar en términos de dar respuesta a las garantías AUGE. De aquí que se pueda sostener que en mayor o menor medida los hospitales públicos han respondido y orientado su quehacer a lograr los objetivos buscados con la reforma, en términos de garantizar el derecho de la Salud y lograr equidad. Lo que no está claro es si efectivamente se ha logrado una mayor eficiencia. Hay importantes esfuerzos por dar respuesta a dichos desafíos que plantea el AUGE, sin embargo, del caso analizado se desprende que hay serios problemas de implementación de la Reforma, que impiden un uso eficiente de los recursos, así como trabas legales para asegurar eficiencia. Entre las trabas cabe destacar la inmovilidad funcionaria, unido al rechazo de los médicos al cambio de remuneraciones fijas por uno que tenga una parte fija y otra variable. Estas trabas son muy limitantes dado que se trata de un sector de servicio, en que la labor central de los directivos es justamente gestionar los recursos humanos.

Como vemos hay importantes avances, sin embargo, se observan problemas que impiden avanzar y asegurar una gestión más eficiente y sostenida de los Servicios de Salud y hospitales públicos. En primer lugar, pese los esfuerzos para que primen criterios meritocráticos en la selección de las autoridades y jefaturas, persiste la impresión que la posición política de la persona tiene preponderancia por sobre los criterios técnicos en el nombramiento de los directivos, con lo cual se ve debilitada la autoridad de las jefaturas. A lo anterior se suma las dificultades para conseguir personas de alto prestigio médico en los puestos directivos, tanto por los bajos sueldos como por la dedicación exclusiva que tienen dichos cargos. Por último, el poder y resistencia que ha tenido el Colegio Médico y los gremios no médicos de la salud, ha sido y sigue siendo otro factor que no ha permitido avanzar hacia una gestión moderna y efectiva en los hospitales.

La orientación al usuario en cuanto a que tiene garantías de salud garantizadas por ley, obliga a los hospitales a dar la atención en plazos determinados y a precios determinados es indicativo de un sistema que contribuye a un desarrollo más equitativo del país. El respaldo financiero con que fue promulgada la ley, los mecanismos legales establecidos que permiten a los usuarios hacer valer sus derechos, son todos indicadores de una política que está bien diseñada. Sin embargo al examinar la forma como ha sido implementada en la institución estudiada, se observa que ésta ha sido impuesta por presión de las autoridades ministeriales centrales y de allí en igual forma hacia el resto del sistema. Como se vio en este estudio, su implementación se llevó a cabo sin el sistema informático validado y

funcionando, sin los estudios del impacto que tendría el AUGE en el recurso humano y la consecuente sobrecarga de trabajo en los funcionarios, y sin considerar los requerimientos de infraestructura, en cuanto a camas y pabellones. Lo anterior, unido al aumento de las quejas de los usuarios y de reclamos por negligencia, ha afectado seriamente el clima organizacional y por ende la atención que recibe el usuario y generado una creciente ola de huelgas y de rechazo a la Reforma de Salud tanto de los médicos y como de los funcionarios.

Pese a los esfuerzos y recursos invertidos el sistema no está satisfaciendo las necesidades de los usuarios. Según el "Barómetro de la Salud 2007", los afiliados calificaron con nota 4,5 a FONASA, y un 64% de los afiliados a FONASA declararon estar en este sistema porque no tener otra opción.

## CONCLUSIONES

Como se desprende de este estudio, la Reforma generó importantes cambios institucionales y organizacionales en el sistema nacional de salud. La reforma separó las funciones normativas, de financiamiento, de control de quienes otorgan los servicios de salud. Fortaleció la autoridad normativa, ya que al definir las patologías que están garantizadas forzó a los consultorios y hospitales a alinearse y focalizar los recursos en las prioridades sanitarias definidas para el país. El FONASA, a través de los convenios, regulaciones y explicitación de criterios técnicos y costos máximos de prestaciones pone mayores exigencias y logra un mayor control sobre los prestadores de salud. Por último la Superintendencia de Salud fiscaliza a los prestadores de salud públicos y privados, en cuanto a su acreditación y certificación, instruye y educa a los ciudadanos en sus derechos y resuelve los conflictos entre los usuarios y las aseguradoras.

Las nuevas normativa y regulaciones buscan fortalecer la resolución de los problemas en el nivel más eficiente, es decir, que la mayoría de las demandas se resuelvan en el nivel primario, lo que redundaría en una menor presión sobre los sistemas públicos hospitalarios. Aunque hay avances, persisten problemas en el nivel primario que redundaría en pacientes mal diagnosticados y/o mal derivados a los especialistas.

Los protocolos de atención reducen los grados de libertad en la atención médica, mejora la calidad de la atención y bajan los riesgos por malas prácticas. Pese a que hubo un gran cuestionamiento del colegio médico respecto a los protocolos, los médicos reconocen que estos siempre han existido y que son necesarios.

La reforma para asegurar los derechos de los usuarios, creó las instancias, mecanismos y normas frente al no cumplimiento, lo que permite a los ciudadanos ejercer y reclamar sus derechos. Se crearon las oficinas para que las personas puedan expresar sus opiniones y reclamos y se definieron las instancias y mecanismos para la resolución de conflictos.

Por último, para asegurar la transparencia se estableció que todas las compras se deben hacer por Chile Compra.

La autogestión generó cambios significativos en los servicios de salud. En primer lugar se estableció que el 1º y 2º nivel jerárquicos de los servicios de salud serán por llenados mediante concursos a través de la Alta Dirección Pública, y que para adquirir el status de 'hospital autogestionados en red' es requisito que su Director haya sido nombrado por dicha instancia.

Del caso estudiado, se desprende que una vez diagnosticado un paciente AUGE, las garantías se cumplen dentro del plazo en un alto porcentaje, ya sea internamente, siendo derivadas al sistema privado externo, o a través de atenciones en el mismo hospital en la jornada no contratada de los médicos. Así mismo la entrada al hospital, la circulación por la red y respeto del orden llegada funciona. Las cirugías y tratamientos están determinados de modo de resguardar y dar cumplimiento a los plazos que establece el AUGE.

Sin embargo este cumplimiento no ha estado exento de críticas, cuestionamiento e insatisfacción con la Reforma. Se señala que el Hospital está funcionando como hospital de urgencia, por lo que en los hechos han desaparecido los servicios clínicos, y sin embargo la Dirección sigue exigiendo a dichas unidades hacer planificaciones, establecer metas y exige resultados lo cual, según los jefes de servicio, es algo inviable. Se cuestiona el privilegiar los pacientes AUGE en desmedro de quienes no son AUGE, como también la complementariedad público - privado. De acuerdo a los gremios no médicos, que las patologías AUGE se resuelvan fuera del sistema público se presta para negocios, dado que son los mismos médicos que trabajan en los hospitales quienes se organizan para dar dichos servicios. Entre los Directivos del Hospital existe temor que se cree un conflicto si los médicos resuelven atendiendo en el hospital pero fuera del horario contratado las patologías AUGE, ya que los equipos que intervienen ganan extra, lo que puede genera cuestionamientos por parte de quienes no se ven beneficiados.

Aunque se considera muy conveniente haber implementado la reforma en forma gradual, se critica el que se haya iniciado sin los registros informáticos pertinentes, validados y funcionando, y sin los estudio de impacto que tendría el AUGE en cuanto a necesidades de recursos humano, de infraestructura, camas y pabellones, y de sobrecarga de trabajo del personal por la concentración de enfermos de alta complejidad en hospitales tipo 1. Esto ha generado tensiones, ha afectado el clima organizacional y la disposición y actitud frente al trabajo y la Reforma, lo que a juicio de los funcionarios explica los numerosos reclamos de los usuarios por la mala atención y trato que reciben en los hospitales.

Por último, un punto central de la reforma era que el sistema tuvieran flexibilidad laboral y que se vincularan los sueldos del personal a la mayor producción, medidas que han se han transformado en letra muerta, por la férrea defensa de sus prerrogativas e intereses que han tenido tanto el gremio médico como no médico del sistema de salud.

Dada las dimensiones, profundidad y envergadura de Reforma de Salud en curso, este ha sido un proceso que se ha ido construyendo en el tiempo, con altos y bajos, con avances y retrocesos, que ha impactado la cultura médica, la práctica médica y la organización del sistema de salud, así como la estructura y funcionamiento los hospitales. Que se haya implementado la reforma con el respaldo legal de todos partidos políticos, unido al carácter

centralista del sistema público, que haya una ciudadanía más activa y con mayor conciencia de sus derechos, explican que ésta se haya podido imponer, pese a las resistencias de los gremios médicos y no médicos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Adimark. (2008) *Presentación de Estudio: Confianza en Instituciones Médicas*. Clínica Las Condes. Abril 2008. Proyecto 2105 /2008

Alvarado A, Nelly (2004) *Relaciones entre niveles de gobierno en la gestión de los sistemas de salud, Auge, División de Rectoría y Regulación Sanitaria*. Ministerio de Salud.

Bastías G. Andía M. (agosto 2007) *Garantías Explícitas en Salud (GES): seis consideraciones para su implementación*. Pontificia Universidad Católica de Chile, Vicerrectoría de Comunicaciones y Asuntos Públicos, Temas de la Agenda Pública, Año 2, N° 9.

Baytelman, P. (2005) *Historia: Los inicios del Hospital Barros Luco*. En: <http://www.savall.cl/link.cgi/MundoMedico/Reportajes/6048>

Bitrán, Ricardo (2005) ENASA Reflexiones acerca del sector Salud, En Fuente: <http://www.isapre.cl/subidos/documentos/RicardoBitran.ppt#261,6>

Boccardo & Orellana. (2007) *Impacto de la Reforma de salud en Chile en los Servicios de Salud de Antofagasta, Concepción, Llanchipal y Metropolitano Sur Oriente*. Informe ejecutivo. ISP/ Conosur. Línea Base.

Castro, Rodrigo (Junio 2004) *Midiendo la (in)eficiencia de los hospitales públicos en Chile*. Libertad y Desarrollo.

Celedón, C, et al. *Descentralización Financiera en el Sector Salud. La política y su implementación*. En Dagmar Raczynski, D y Serrano, C (editoras) *Descentralización. Nudos Críticos*. CIEPLAN y Asesorías para el Desarrollo S.A, Septiembre.

CEPAL (2000) *Equidad, Desarrollo y Ciudadanía*. Santiago: Alfaomega.

Comisión de Salud, Instituto Libertad (2007) *Informe especial. Diseño y Funcionamiento de las garantías explícitas de Salud (GES): Diagnóstico y propuestas de Mejoramiento*. Noviembre, 2007. Vol XVIII N° 179

Edgard Palmer, Julio (2006) *Public policy for Pensions, health and sickness insurance. Potencial lessons from Sweden for Latin America*. CEPAL. Series financiamiento del desarrollo N° 179

Estado de la Hacienda Pública (2007). *Presentación del Ministro de Hacienda Andrés Velasco*.

Estadísticas Superintendencia de Salud.

Estudio Nacional de Opinión Pública, Centro de Estudios Públicos (CEP).

FENPRUSS (2000) *Conclusiones Seminario Nacional. La Reforma de la Salud: Una mirada desde la FENPRUSS*

FENPRUSS (2007) *Exposición frente a la Comisión Evaluadora del AUGE. No nos veamos la suerte entre gitanos; los efectos del plan AUGE en los trabajadores y en la salud pública.* Disponible en: [www.fenpruss.cl](http://www.fenpruss.cl)

FENPRUSS (2007) *Memoria Anual Fenpruss 2007.*

Galleguillos, S y Sierralta, M L *Informe del Proyecto Evaluación del Sistema FAP en la Región Metropolitana*, presentado a FONDECYT, 1989.

Hinostroza Palma, Manuel (2007) *Desde la Supervisión a la Fiscalización de las Garantías Explícitas en Salud.*

Kain Quiero Flory (Mayo 2005) *Los imaginarios Sociales de la Reforma de Salud.* En Revista Mad. N° 12, Departamento de Antropología. Universidad de Chile.

Ley N° 19.888.

Ley N° 19.937.

Ley N° 19.966.

MIDEPLAN. Encuesta CASEN 2006.

Ministerio de Salud (2005). *Gestión y desarrollo de Recurso humanos en establecimientos autogestionados.* Normas técnico administrativas N° 17, MINSAL, Departamento de Asesoría Jurídica.

Omram AR. (2005) *The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change* *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 731–57). Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 49, No. 4, Pt. 1, 1971 (pp. 509–38).

Oyarzo, César (1994) *La mezcla Público Privada: Una reforma Pendiente de Salud.* Estudios Públicos, 55, Noviembre.

Reforma de Estado en Chile 1990-2006. Cap. *VIII Nueva Institucionalidad. 1 Efectos organizativos de la Reforma de Salud.* Págs. 153 a 159. En: [http://www.modernizacion.cl/1537/articles-175255\\_recurso\\_1.pdf](http://www.modernizacion.cl/1537/articles-175255_recurso_1.pdf)

Reglamento Orgánico de los establecimientos de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red DTO N° 38 de 2005, modif. 2006. Diario Oficial Ministerio de salud Dpto. Jurídico

Rodríguez J, Tokman M. (2000) *Resultados y rendimientos del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999*. Financiamiento del desarrollo N 106. Santiago: ECLAC (CEPAL).

Rodríguez, D y Boitano, A (2001) *El rol de los actores y de la cultura organizacional; El caso tres hospitales públicos*. En Dagmar Raczynski, D y Serrano, C (editoras) Descentralización. Nudos Críticos CIEPLAN y Asesorías para el Desarrollo S.A, Septiembre.

Yañez, M. (2008) *Percepción de la población pobre de Santiago sobre la atención de Salud al año 2007 y visión evolutiva respecto desde el año 2002*. Resumen ejecutivo. Universidad Católica Silva Henríquez (Escuela de Administración y Economía)

## ANEXO 1 DATOS ESTADÍSTICOS Y DEMOGRÁFICOS

Tabla 1: Indicadores seleccionados. CENSO 1970 – 1992.

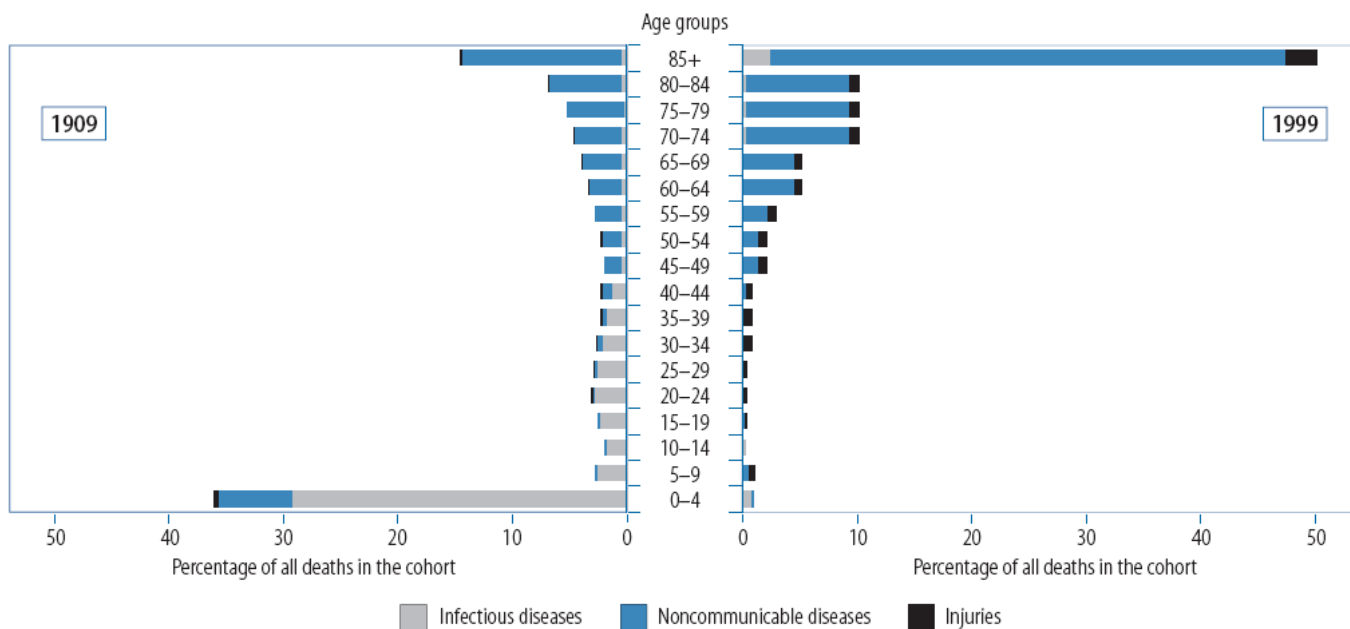
Proyección 2000 - 2020

Indicador	Censos			Proyecciones		
	1970	1982	1992	2000	2010	2020
INDICE DE DEPENDENCIA (por cien personas en edad activa) (1)	79	62	56	55	50	51
INDICE DE VEJEZ (por cien menores de 15 años) (2)	13	18	22	25	35	48
INDICE JUVENIL (por cien personas de 15 años y más) (3)	64	48	42	40	33	30
EDAD MEDIA (en años)	26	28	29	31	33	35

(1)  $\text{Pob. (Menores 15 + 65 y más) / Pob. (15-64)} * 100$   
 (2)  $\text{Pob. (65 y más) / Pob. (0-14)} * 100$   
 (3)  $\text{Pob. (0-14) / Pob. (15 y más)} * 100$

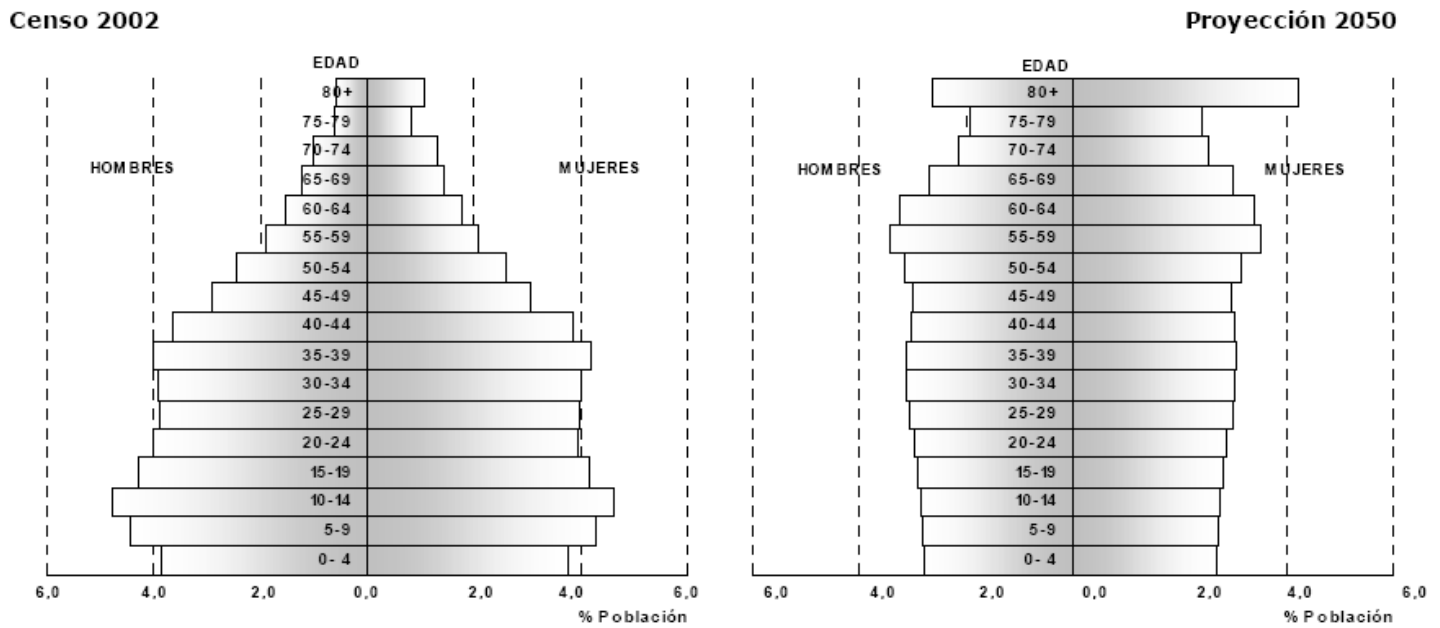
Fuente: INE, Informe Demográfico de Chile. Censo 1992 - 1993  
 INE -CELADE, Chile, Estimaciones y Proyecciones

Figura 1: Distribución de muertes por edad, mujeres, cohorte año 1909 y 1999.

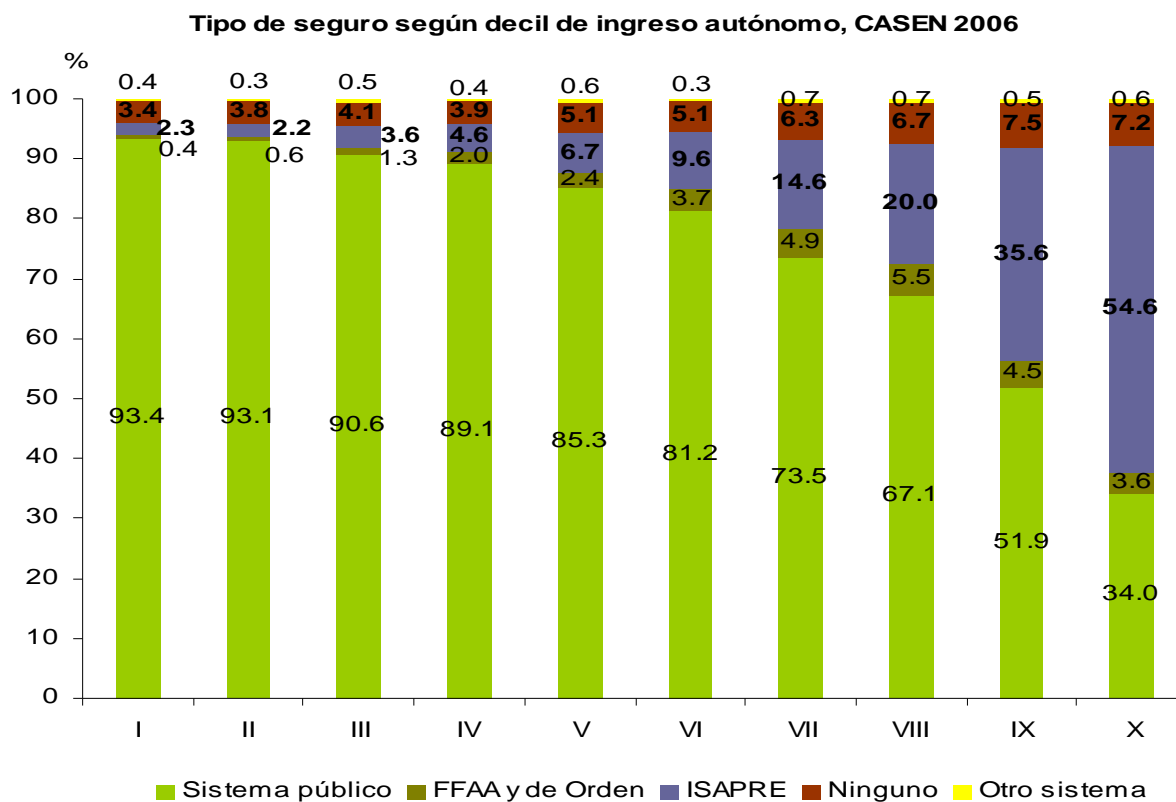


Fuente: The World Health Report 1999

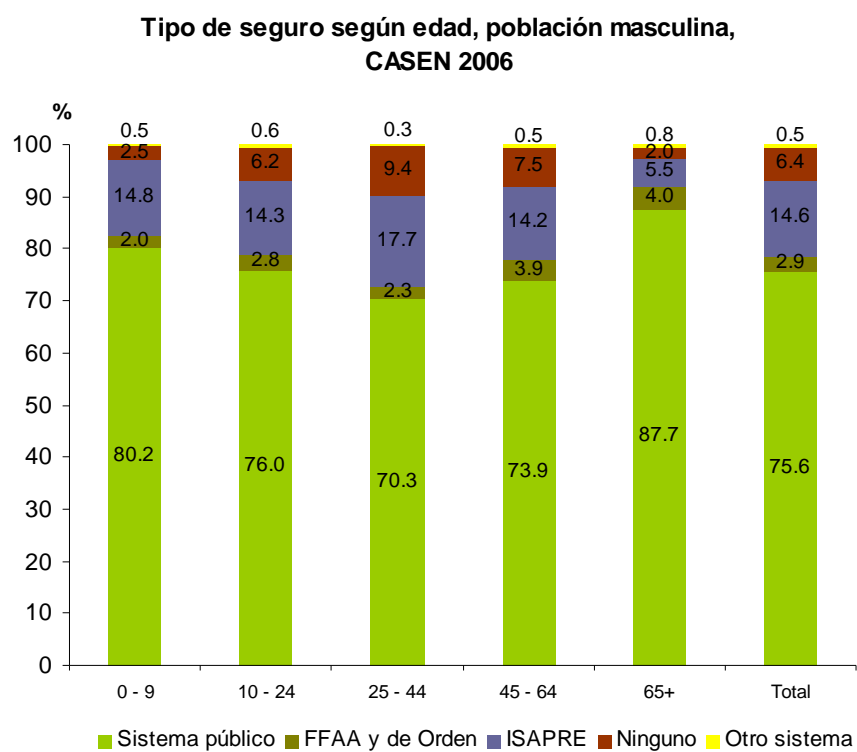
**Figura 2: Distribución porcentual de la población por sexo, según grupos quinquenales de edad. Censo 2002 y estimada al 2050.**



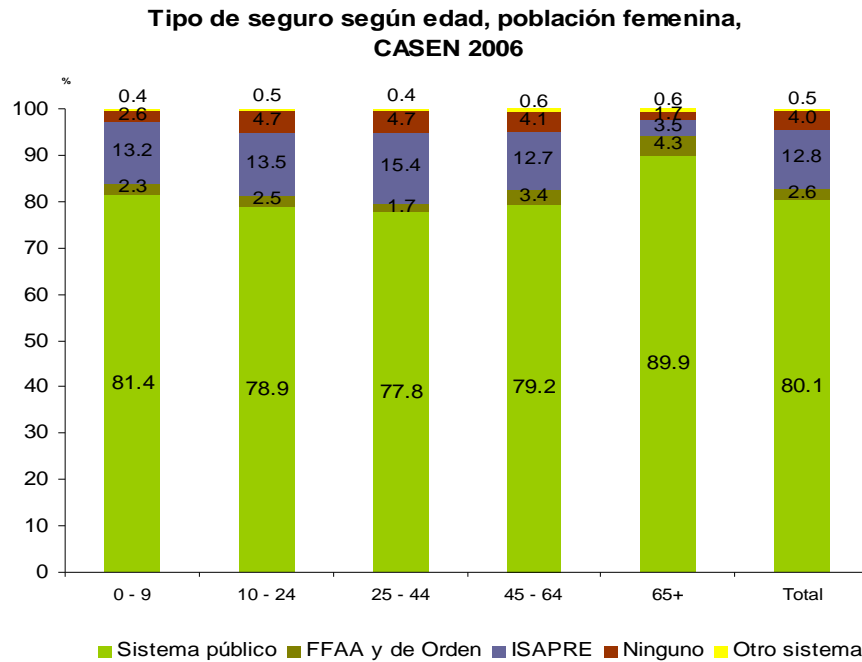
**Figura 3: Tipo de seguro según decil de ingreso autónomo, Casen 2006**



**Figura 4: Tipo de seguro población masculina (Casen 2006)**

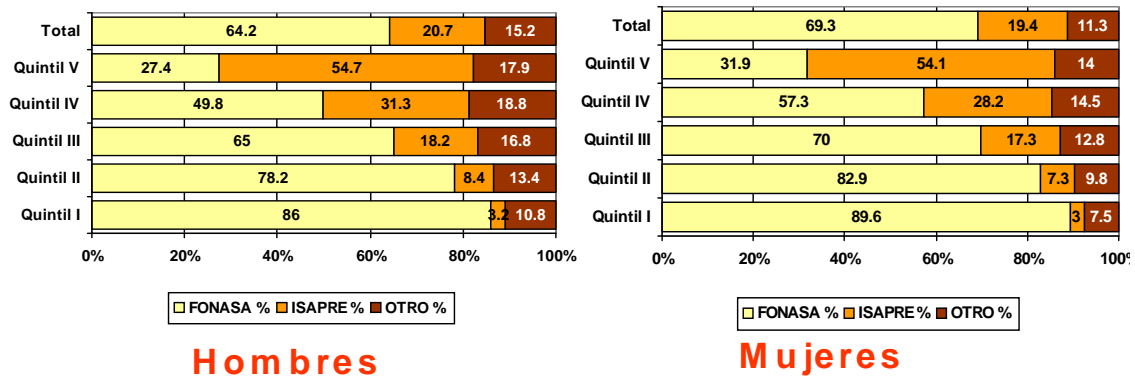


**Figura 5: Tipo de seguro según edad población femenina (Casen 2006)**

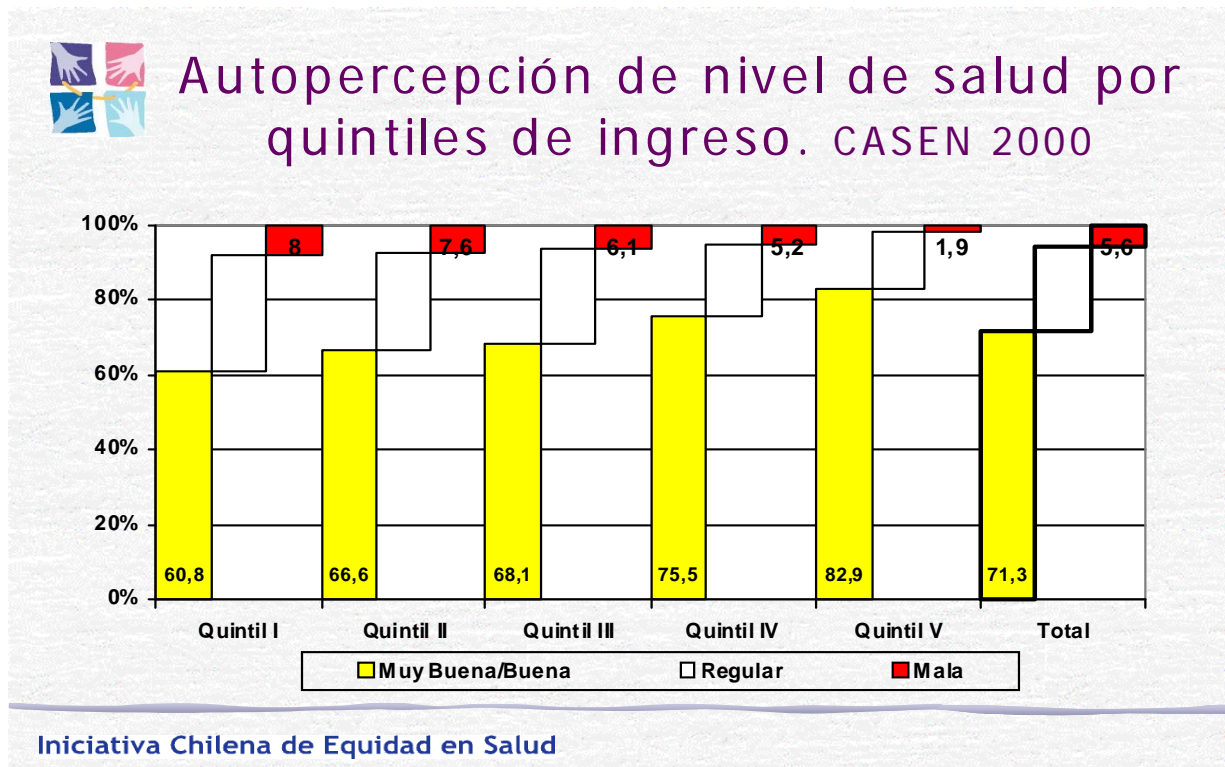


**Figura 6: Sistema de salud por quintiles de ingreso en el país. (Casen 2000)**

**Sistema de previsión en salud por quintiles de ingreso, en el país. CASEN 2000**



**Figura 7: Autopercepción de nivel de salud por quintiles de ingreso. (Casen 2000)**



**Figura 8: Evolución del gasto público en salud como porcentaje del PIB.**

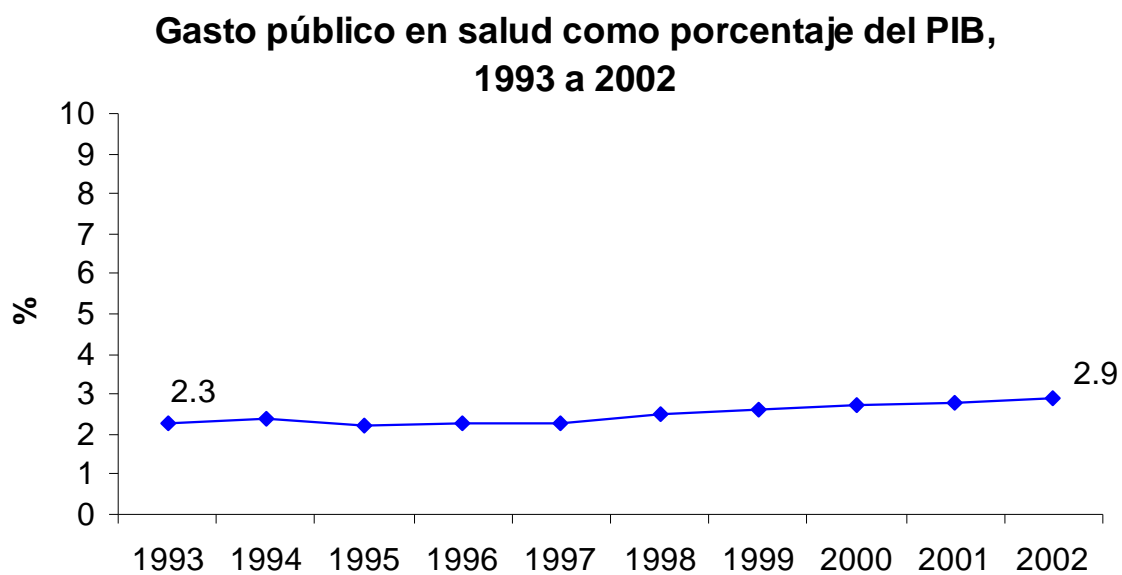
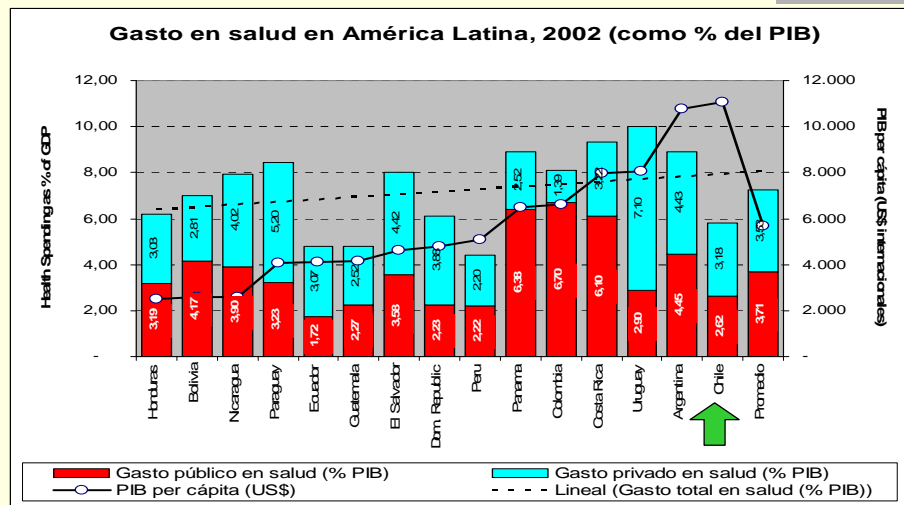


Figura 9: Gasto en salud en América Latina y Chile

## ¿Gasta poco en salud Chile?



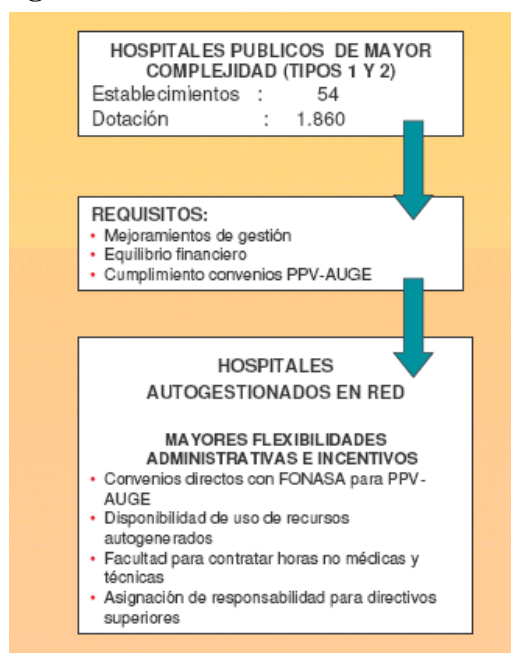
6

Ricardo Bitrán (2005) ENASA Reflexiones acerca del sector Salud, En Fuente: <http://www.isapre.cl/subidos/documentos/RicardoBitran.ppt#261,6>

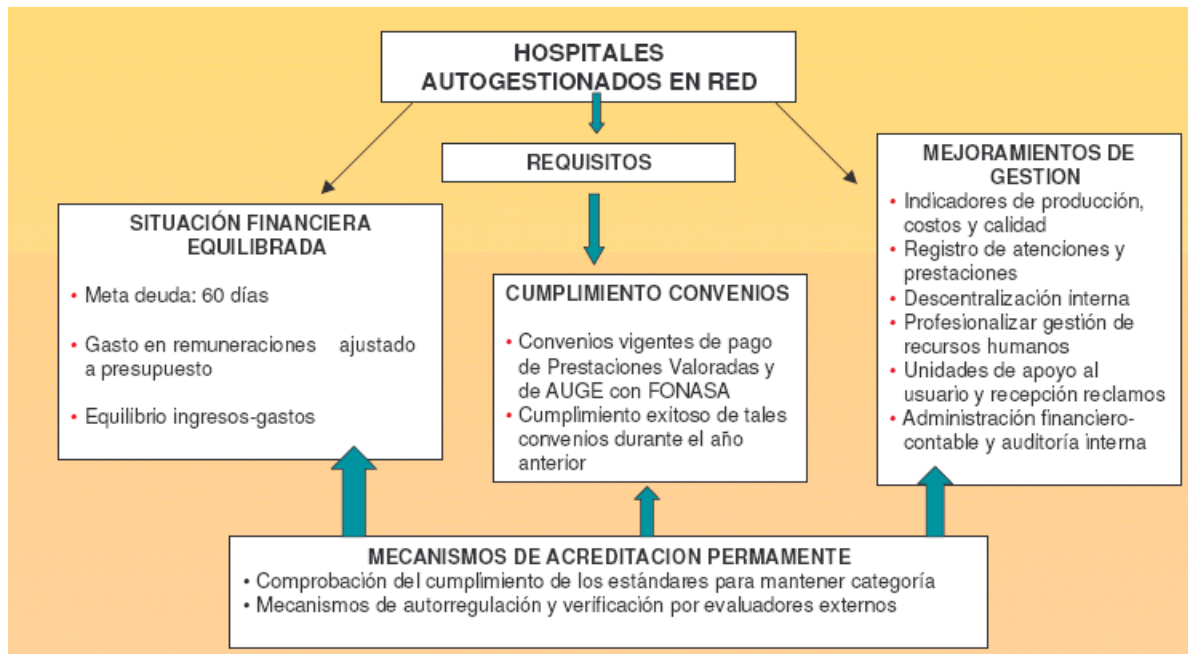
## ANEXO 2 HOSPITALES AUTOGESTIONADOS EN RED

Los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) son órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud y para alcanzar esta denominación deben pasar por un proceso y cumplir con una serie de requisitos organizacionales. El cumplimiento de estos requisitos le permitirá al hospital alcanzar mayor autonomía en la formulación y ejecución del presupuesto, en la administración de sus recursos humanos, en la definición y organización de su actividad asistencial (siguiendo directrices ministeriales); en las posibilidades de articulación y de realización de convenios con instituciones, entre otras. Las siguientes figuras resumen los cambios asociados a esta modalidad organizacional.

**Figura 1: Hospitales Autogestionados**



**Figura 2 Hospitales Autogestionados en Red.**



A continuación, se resumen los principales aspectos de los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR). Algunos de los **requisitos** para alcanzar este estatus son los siguientes:

- Demostrar la existencia de una articulación adecuada con la Red Asistencial.
- **Estar registrado en la Superintendencia de Salud** como prestador institucional de salud acreditado. Deberá acreditar y mantener la acreditación de todas las prestaciones que otorgue para las cuales se hayan fijado los respectivos estándares de calidad por el Ministerio de Salud.
- **Tener un Plan de Desarrollo Estratégico** para el establecimiento que sea concordante con las políticas, planes y programas de la Red Asistencial del Servicio, que deberá considerar, a lo menos, los siguientes aspectos:
  - Política y plan de acción de **Gestión Financiero-Contable y Presupuestaria**, apoyada en sistemas de información e indicadores que den cuenta de las tendencias del equilibrio presupuestario y financiero.
  - Tener implementado los procedimientos de cobro y recaudación de ingresos;
  - Contar con un **Plan Anual de Actividades** y un **Plan de Inversiones** que implemente el Plan de Desarrollo Estratégico;
  - **Plan de Gestión Clínica y Administrativa**.
  - Política y plan de acción de **Recursos Humanos**.
  - **Sistemas de Planificación y Control de Gestión** y Plan de Auditoría Interna.
  - **Plan de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria**.
  - **Sistemas de medición** de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios.

- **Cumplir con las Garantías Explícitas** en Salud que se encuentren vigentes en la atención de pacientes beneficiarios.
- **Contar con mecanismos formales de participación** tales como: Consejo Técnico, Comités, Unidades Asesoras y cualquier otro que sea necesario, de carácter permanente o temporal.
- Deberá existir en el establecimiento un sistema especializado que cuente con mecanismos para el manejo de las peticiones, críticas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, orientado a recibirlos y solucionarlos.

Algunas de las **funciones de los EAR**, dentro de la Red Asistencial son:

- **Desarrollar el tipo de actividades asistenciales** estipuladas según el grado de complejidad técnica y especialidades del establecimiento. Dar atención de salud a los beneficiarios referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, y a los casos de urgencia o emergencia.
- Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red correspondiente y **entregar la información estadística, de atención de pacientes** u otra que le sea solicitada por instancias superiores.
- **Contar con un sistema de registro y gestión de listas de espera** y cumplir con las metas de reducción acordadas con el Servicio respectivo;
- Elaborar y presentar al Director del Servicio correspondiente, el proyecto de presupuesto del Establecimiento, el Plan Anual de Actividades asociado a dicho presupuesto y el Plan de Inversiones.
- Ejecutar el presupuesto, el Plan Anual de Actividades y el Plan de Inversiones del Establecimiento. El Director podrá modificar el presupuesto y los montos determinados en sus glosas.
- Efectuar auditorías de la gestión administrativa y financiera a lo menos una vez al año.
- Ejercer las funciones de administración del personal destinado al Establecimiento.
- Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza.
- Ejecutar y celebrar toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles.
- Celebrar convenios, en conformidad al decreto con fuerza de ley N° 36 de 1980 del Ministerio de Salud. Celebrar convenios con el Servicio respectivo, con otros Establecimientos de Autogestión en Red, con Establecimientos de Salud de Carácter Experimental y con entidades administradoras de salud primaria pertenecientes a su territorio. Los convenios con entidades que no sean parte de su Red Asistencial deberán contar con la aprobación del Director del Servicio.
- **Celebrar convenios con personas naturales o jurídicas**, de derecho público o privado, tengan o no fines de lucro, con el objetivo de que el Establecimiento otorgue prestaciones y acciones de salud, pactando los precios y modalidades de pago o prepago que se acuerden, conforme a las normas que impartan para estos efectos los Ministerios de Salud y de Hacienda.
- **Celebrar convenios con profesionales de la salud** que sean funcionarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud y que cumplan jornadas de a lo menos 22 horas semanales, cuando tengan por objeto atender a sus pacientes particulares en el

Establecimiento. En estos casos, dicha atención deberá realizarse fuera del horario de su jornada de trabajo. Por resolución fundada, se podrá autorizar convenios con profesionales que cumplan jornada de 11 horas semanales o con profesionales que no sean funcionarios del Sistema, previa aprobación del Director del Servicio;

- **Establecer en forma autónoma un Arancel para la atención de personas** no beneficiarias de la ley N° 18.469, el cual en ningún caso podrá ser inferior al Arancel a que se refiere el artículo 28 de dicha ley;
- Realizar operaciones de leasing e invertir excedentes estacionales de caja en el mercado de capitales, previa autorización expresa del Ministerio de Hacienda;
- Constituir unidades asesoras tales como consejos de desarrollo, técnicos, consejos o comités de calidad, ética médica, docencia, investigación, abastecimiento, farmacia, infecciones intrahospitalarias y otros;

Para el desarrollo de sus funciones, el hospital, contará con los siguientes recursos:

- Con aquellos pagos que le efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N° 18.469
- Con aquellos pagos que le efectúe el Servicio respectivo por las prestaciones que otorgue a los beneficiarios de la ley N° 18.469;
- Con aquellos pagos que le efectúe el Subsecretario de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial de Salud por la ejecución de acciones de salud pública;
- Con los ingresos que obtenga, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que preste, fijados en aranceles, convenios u otras fuentes;
- Con los frutos que produzcan los bienes destinados a su funcionamiento y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes;
- Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario.
- Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios
- Con los aportes, transferencias, subvenciones que reciba de la Ley de Presupuestos del Sector Público, de personas naturales y jurídicas de derecho público o privado, nacionales o extranjeras y con los empréstitos y créditos internos y externos que contrate en conformidad a la ley.
- El Establecimiento será evaluado una vez al año por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

### ANEXO N° 3: ESTRUCTURA Y FUNCIONES DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD EN CHILE

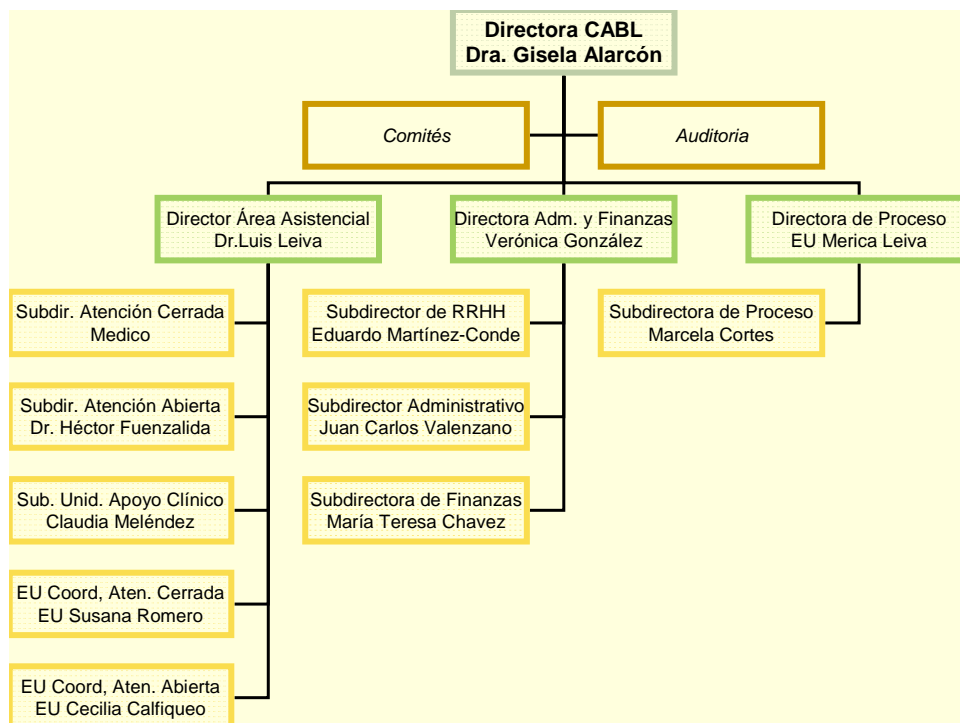
A continuación se detallan los principales componentes de la estructura del Sistema de Salud en Chile, con sus correspondientes funciones.

- **Ministerio de Salud:** es la autoridad sanitaria encargada de formular, fijar y controlar las políticas de salud, sus principales funciones son: a) ejercer la rectoría en salud, b) dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de la rehabilitación de las personas enfermas, c) efectuar las funciones esenciales de salud pública, d) tratar datos con fines estadísticos y mantener registros con respecto a las materias de su competencia, d) formular el presupuesto sectorial, e) formular y evaluar lineamientos estratégicos del sector salud, f) fijar políticas y normas de inversión en salud, g) velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, h) establecer estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, con el fin de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios, i) establecer un sistema de acreditación de los prestadores institucionales de atención de salud y un sistema de certificación de especialidades y sub-especialidades, j) establecer los protocolos de atención de salud.
  
- **Las Secretarías regionales ministeriales (SEREMIS):** corresponden a la autoridad sanitaria descentralizada a nivel regional que se encuentran en las 15 regiones del país. Entre las principales funciones en este nivel son a) de velar por el cumplimiento de normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijadas por la autoridad, así como adecuar los planes y programas a la realidad local, b) ejecutar acciones para la protección de la salud de la población ante los riesgos producidos por el medio ambiente, c) velar porque las acciones de salud pública sean ejecutadas por la red asistencial de cada servicio de salud o ejecutarlas directamente, mantener la vigilancia epidemiológica, e) cumplir labores de fiscalización y acreditación.
  
- **Servicios de salud:** Los 26 servicios de salud en todo el país, son los encargados de otorgar la atención de salud y de articular la red asistencial pública y privada en su área territorial. La **red asistencial** es el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio, hospitales públicos y los demás establecimientos de salud privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud. Los 26 servicios de salud son organismos autónomos con personalidad jurídica y patrimonio propio, responsables de las prestaciones de salud secundaria y terciaria ofrecidas a través de una red de establecimientos hospitalario. Tradicionalmente, los hospitales públicos han dependido administrativa y técnicamente de los Servicios de Salud. Los consultorios, que son los encargados de la Atención Primaria administrativamente dependen de los municipios respectivos.

- **Fondo Nacional de Salud (FONASA):** es un organismo autónomo encargado del aseguramiento de la población beneficiaria, que corresponden a los cotizantes que optan por este sistema público, aportando el 7% de su ingreso por trabajo como cotización obligatoria a este sistema. También contempla el aseguramiento de las personas que no cotizan debido a su condición de pobreza o desempleo.
- **Central de abastecimiento (CENABAST):** Esta entidad tiene la función de abastecimiento de fármacos e insumos clínicos a los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, de la salud municipalizada y otros adscritos al sector público. (FFAA, universidades, etc.)
- **Instituto de Salud Pública:** es un servicio público funcionalmente descentralizado, cuya misión es: contribuir al mejoramiento de la salud de la población, garantizando la calidad de bienes y servicios, a través del fortalecimiento de la referencia, fiscalización y la normalización.
- **Superintendencia de Salud:** tiene un rol fiscalizador sobre los proveedores públicos y privados, especialmente en lo que se refiere a la entrega de prestaciones incluidas en el Régimen de Garantías en Salud, es decir, del Plan AUGE.
- **ISAPRES:** corresponden a instituciones privadas que cumplen el rol de aseguramiento y prestación de servicios de salud a sus beneficiarios, quienes al afiliarse a este sistema aportan, al menos, la cotización obligatoria del 7% proveniente del trabajo.
- **Los hospitales públicos** dependen de los Servicios de Salud.
- **Autoridad sanitaria:** Busca la reestructuración del Ministerio de Salud, los Seremis y los Servicios de Salud, crea los llamados "hospitales de autogestión en red" (establecimientos especializados en recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutive) y otorga estímulos a los funcionarios por metas alcanzadas. Se convirtió en ley el 24 de febrero de 2004 (Ley N° 19.937).

## ANEXO 4 ORGANIGRAMA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO

Figura N° 4: Organigrama del Complejo Asistencial Barros Luco<sup>22</sup>



<sup>22</sup> En el organigrama atención cerrada se refiere al hospital y la atención abierta al Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) que corresponde a las consultas y atención ambulatoria. EU corresponde a la Unidad de Enfermería que tiene la función de apoyo y coordinación de las enfermeras tanto en el CDT y en el Hospital.