

Mala Gestión: La Enfermedad Crónica de los Hospitales Públicos

En economía y políticas públicas el problema de motivar a un individuo para que actúe en nombre de otro –cuando la información es asimétrica y hay costos de acción– se conoce como el “Problema de Agencia”. El ejemplo clásico de este postulado habla del conflicto de intereses que existe entre el propietario de una empresa (el principal) y los directivos de la misma (agentes), pues cada uno de ellos busca maximizar su propio beneficio. Así, el desafío para el principal está en lograr que sus directivos maximicen los beneficios de la empresa en vez de los propios.

La crisis que enfrentan los hospitales públicos, que – como una enfermedad crónica – se ha manifestado sistemáticamente a través de casos como los de Talca, Iquique y más recientemente el Hospital Félix Bulnes, es un claro ejemplo del problema de agencia, en que el Estado es el principal y los trabajadores de la salud son el agente. Más allá de los posibles errores médicos, este es un problema de gestión. En este contexto entonces una solución que permita entregar una atención de salud adecuada a la población se encontrará siempre y cuando se puedan alinear los objetivos de ambas partes.

El problema está en los incentivos

Los hospitales públicos enfrentan importantes rigideces administrativas provenientes de la lógica de la administración pública que en su concepción sirven para cumplir ta-

reas propias del Estado, pero no motivan a los trabajadores de la salud (funcionarios y directivos) a proveer un servicio de buena calidad.

Una de las principales inflexibilidades en este tipo de hospitales se da pues la planta de trabajadores está establecida por ley de manera permanente y además los funcionarios gozan de inamovilidad. Por esta razón es muy difícil adecuar la dotación a los cambios en la demanda y a los nuevos rimientos de atención.

Esta situación, que malentende la estabilidad laboral, muchas veces genera que las instituciones mantengan personal que no necesitan o que no es el adecuado por su calificación para cumplir con las demandas actuales. Sin embargo no pueden prescindir de sus servicios.

Por esta razón, en algunos establecimientos el gasto en recurso humano representa el 98% de los aportes que los centros reciben de FONASA (como pago por las prestaciones)¹.

La segunda dificultad está dada por los sistemas de remuneraciones y la concepción de la carrera funcionaria, que impiden al administrador introducir con éxito iniciativas tendientes a mejorar la calidad, incrementar la productividad y disponer de los mejores recursos posibles. Además, las remuneraciones en vez de vincularse con el desempeño efectivo de los trabajadores, se relacionan con variables que no necesariamente reflejan una mayor calidad, como las horas trabajadas o la antigüedad, lo que no entrega alicientes a los funcionarios para que se desempeñen mejor.

Los hospitales públicos tienen una enfermedad crónica originada en las deficiencias de gestión. Mientras no se avance en un diseño cuyo objetivo sea la entrega de un servicio de calidad, seguiremos presenciando episodios lamentables.

Un tercer aspecto problemático se origina por la falta de competencia de los hospitales por captar recursos pues el financiamiento que reciben está asegurado. En este contexto, ni el personal ni los directivos tienen incentivos a aumentar la productividad ni mejorar la atención para capturar la demanda de los beneficiarios.

El cuarto elemento tiene que ver con el mecanismo de generación y permanencia de los directivos de los hospitales públicos. A pesar de que se ha implementado el esquema de gerencia pública en este sector, las designaciones no se hacen necesariamente sobre la base de las capacidades administrativas. Así, la permanencia o ascenso obedece a razones de índole distintas al desempeño en gestión.

En cuanto a los procesos de selección, es importante señalar que según cifras de la Alta Dirección Pública (Reporte Estadístico Mensual ADP, junio 2009), del total de concursos de 2do Nivel declarados “desierto”², el 54% corresponden al sector salud. Además, estos cargos han sido así declarados en promedio 1,8 veces, mientras los cargos del resto de los sectores lo han sido en promedio 1,3 veces (Cuadro N° 1). Los mismos datos muestran que del total de cargos del área de la salud declarados “desierto”, el 49% corresponde a Director de Hospital. El promedio de veces que el cargo se declaró en esta categoría es de 1,6 veces.

Esta información implica que no están postulando profesionales capacitados o aptos para estos cargos. Existe un importante desencanto de participar en esta área y los pro-

Cuadro N°1
ADP: Cargos que han sido declarados “desiertos”

	Nombre del Cargo		Veces Declarado "Desierto"		Promedio "Desierto" Nº
	Nº	%	Nº	%	
2do Nivel					
Total Sector Salud	71	54%	127	62%	1,8
Total Otros Sectores	60	46%	77	38%	1,3
Total	131	100%	204	100%	1,6
2do Nivel					
Director Hospital	35	49%	57	45%	1,6
Director AP	1	1%	1	1%	1,0
Subdirector Médico SS	16	23%	36	28%	2,3
Subdirector Médico Hospital	11	15%	20	16%	1,8
Subdirector Médico CR	1	1%	1	1%	1,0
Subdirector Administrativo SS	3	4%	7	6%	2,3
Subdirector Administrativo Hospital	2	3%	2	2%	1,0
Jefe Departamento	2	3%	3	2%	1,5
Total Sector Salud	71	100%	127	100%	1,8

Fuente: Elaboración propia con datos ADP

fesionales prefieren emplearse en el sector privado. Lamentablemente esta situación converge hacia una atención de salud en los hospitales públicos cada vez de peor calidad.

Las bajas remuneraciones de los directivos constituyen el quinto aspecto crítico. Si bien se ha logrado introducir algunas mejoras marginales en ellas, los esfuerzos son insuficientes pues no alcanzan a compensar el riesgo de desprestigio que por ahora tiene asumir este tipo de cargo.

La solución: autonomía, flexibilidad y responsabilidad por los resultados

Para alinear el objetivo de calidad en el servicio con el objetivo de bienestar de los trabajadores de la salud, se deben implementar algunas reformas que terminen con las rigideces administrativas actuales, le entreguen autonomía a los directivos (o a los hospitales) para actuar con mayor libertad de acuerdo a los requerimientos de un sistema dinámico, y los hagan responsables de su gestión.

Para lograr este desafío se propone avanzar en la reformulación del gobierno corporativo de los hospitales públicos. Esto se podría lograr a través de los siguientes mecanismos:

Hospitales Autogestionados en Red:

En este tipo de hospitales (que dependen de la Subsecretaría de Redes Asistenciales) los directivos tienen mayor autonomía en la toma de decisiones presupuestarias, por ejemplo en la compra de insumos, equipamiento e incluso la realización de acuerdos con privados. En la actualidad hay sólo 11 de 56 hospitales en esta categoría. De los 45 restantes, sólo 9 cumplen con los requisitos del Ministerio de Salud para participar en este sistema.

La idea entonces es –introduciendo algunas mejoras en los aspectos presupuestarios y financiero – propender hacia este tipo de administración. Para eso lo primero que se requiere es determinar con exactitud qué hospitales estarían en condiciones de acceder adecuadamente al sistema en el corto plazo.

Concesiones Hospitalarias: Continuar con los proyectos de concesión de hospitales e incluso extenderla a otras áreas más allá de la construcción y operación de servicios anexos, pues los mecanismos de asociación público-privada pueden significar nuevas formas de controlar costos y mejorar los servicios. A través de un modelo de concesión se pueden separar el financiamiento, la propiedad y los controles (de carácter público), de la inversión y la gestión (de carácter privado).

El sistema de concesiones entrega importantes beneficios siempre y cuando el Gobierno sea capaz de estructurar acuerdos contractuales adecuados que aseguren el acceso universal, el cuidado de la calidad y el aumento de la eficiencia.

La asociación público-privada puede tomar distintas formas, cada una de ellas con un grado distinto de responsabilidad y riesgo

para el sector privado. De acuerdo a esta premisa, la mejor opción de concesión para un hospital en particular estará determinada por las necesidades del hospital, de la red asistencial, etc.

Sociedades Anónimas Hospitalarias:

Se propone otorgar a los hospitales una estructura jurídica independiente, tal como sociedades anónimas hospitalarias, manteniendo la propiedad del Estado, dando una opción preferente para sus funcionarios y abiertas a la incorporación de entidades privadas interesadas en asociarse, con porcentajes minoritarios.

Estas sociedades deberían competir entre sí y con otras organizaciones privadas por convenir las atenciones de la población suscrita en los seguros públicos o privados de salud. Además deberían gozar de plena autonomía en su gestión, dentro del marco regulatorio general, definiendo sus normas internas de funcionamiento y sus políticas de recursos humanos y prestación de servicios que aseguren su viabilidad.

Conclusión

Irónicamente, los hospitales públicos tienen una enfermedad crónica originada en las deficiencias de gestión. Mientras no se avance en un diseño cuyo objetivo sea la entrega de un servicio de calidad, seguiremos presenciando episodios lamentables.

Este es un problema urgente que se debe atacar de raíz otorgando a los hospitales públicos un gobierno corporativo moderno, que les entregue incentivos adecuados para mejorar el servicio que ofrecen. Sólo así podremos garantizar una adecuada atención de salud a la ciudadanía.

¹ Libertad y Desarrollo. Tema Público Nº 894, 7 de Noviembre de 2008.

² Porque no hubo un número suficiente de candidatos elegibles para conformar la nómina o porque dicha nómina fue rechazada por la autoridad facultada para el nombramiento.