

Crisis Hospitalaria, transparencia y financiamiento

Hemos presenciado una profunda crisis hospitalaria pública, marcada por deficiencias administrativas en el Hospital San José, medio millón de inconsistencias en las listas de espera en el Sótero del Río y otros 10 hospitales, y la persistencia de cerca de 3 millones de personas en listas de espera GES y No GES. A los síntomas de esta enfermedad se sumó la crisis financiera de los hospitales, visibilizada por la crisis en el Hospital Van Buren y la denuncia del Colegio Médico.

Según el Ministerio de Hacienda, los Servicios de Salud tenían, hasta agosto de este año, una ejecución global del gasto de 71,4%, cuando lo esperado era un 66,7%, es decir, una desviación de 4,7 puntos. Sin embargo, al desglosar las cifras, se observa una sobre ejecución del 19,3% en el subtitulo 22, Bienes y Servicios de Consumo (fármacos, dispositivos médicos, insumos clínicos, etc.), lo que implicó que los hospitales públicos no contaran con recursos para insumos en octubre de 2024.

¿Por qué no se previó esta situación? La falta de transparencia es clara. Durante años, Fonasa publicaba información sobre la ejecución financiera de los Servicios de Salud, pero ahora esto ha desaparecido, limitando el control social. La información pública es esencial para el control de estos recursos del estado.

Históricamente, cuando se daban estas situaciones, los hospitales adquirían insumos mediante crédito comercial de las industrias farmacéuticas. Sin embargo, hoy este mecanismo ya no está disponible, debido a las restricciones impuestas por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.

La causa de la crisis no

es solo falta de recursos o problemas de gestión. En la elaboración de la ley de presupuestos del sector salud, no se toma en cuenta la ejecución efectiva del gasto del año anterior, sino el presupuesto vigente, lo que da la impresión de mayores incrementos en salud, cuando parte de esos recursos ya están comprometidos con déficits previos. Sería útil sincerar los incrementos para evitar ocultar los problemas estructurales del sector. Además, cuando se intenta reducir las listas de espera sin aumentar la productividad de los hospitales, los recursos de bienes y servicios se consumen rápidamente, lo que genera un déficit



RONY LENZ
Director MBA

Especialización en Salud del Instituto de Salud Pública
UNAB

presupuestario. El sector se encuentra en un "zapato chino": aumentar la producción hace crecer el gasto, por otro lado, no aumentarla incrementa las listas de espera.

Existen dos formas de resolver este dilema sin recurrir a las compras al sistema privado. Una es suplementar el presupuesto de bienes y servicios de consumo, lo que probablemente necesita-

ría \$600 mil millones para cerrar la brecha de 2024. El problema es que el Estado chileno no cuenta con estos recursos, debido a la baja tasa de crecimiento del país. La segunda opción es aumentar la productividad de los hospitales, es decir, con menos trabajadores producir lo mismo, utilizando el financiamiento liberado para la compra de insumos. Medida que sería muy resistida por los gremios y podría afectar el empleo público en un año electoral.

El gobierno que asuma esta problemática deberá aplicar una combinación de estrategias: mejoras en productividad y aumento de presupuestos simultáneamente. Las medidas como los comités asesores, el monitoreo de las listas de espera o la gestión de pacientes no resolverán el problema de fondo. Las soluciones para la crisis hospitalaria tienen fuertes costos económicos, políticos y de atención oportuna, y requieren consensos políticos y sociales de largo plazo, pues el costo de la incapacidad política de ponerse de acuerdo finalmente se traslada a los pacientes.

La causa de la crisis no es solo falta de recursos o problemas de gestión. En la elaboración de la ley de presupuestos del sector salud, no se toma en cuenta la ejecución efectiva del gasto del año anterior, sino el presupuesto vigente.