

MEMORANDUM SP/34

A : PATRICIO AYLWIN A.  
Presidente de la República

DE : EDGARDO BOENINGER K.  
Ministro/Secretario General de la Presidencia

REF : Hospital Clínico J.J. Aguirre: Convenio suscrito con el Servicio de Salud  
Metropolitano Norte

FECHA: 25 de Septiembre de 1992

---

En respuesta a la inquietud manifestada por S.E., respecto de diferencias en la aplicación del Convenio Servicio de Salud Metropolitano Norte - Hospital José Joaquín Aguirre, esta Secretaría de Estado ha sostenido un conjunto de reuniones con personeros de las partes involucradas.

Con fecha 24 del presente se efectuó una última reunión en que estuvieron presentes las máximas autoridades del Ministerio de Salud y de la Universidad de Chile. Los antecedentes que orientaron dicha reunión pueden resumirse como sigue:

- 1) La Universidad de Chile ha hecho presente que el Convenio vigente entre el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) y el Hospital José Joaquín Aguirre (HJJA), no cubre adecuadamente los costos reales que para el Hospital Clínico tienen los servicios que entrega al SSMN, y que la diferencia con lo establecido para el Convenio para el presente año asciende a la suma de \$ 1.823 millones, sólo considerando las prestaciones, medicamentos e insumos.
- 2) La cifra anterior, de \$ 1.823 millones, significa una diferencia de un 60% respecto de lo estipulado en el Convenio vigente, que asciende a 2.964 millones de pesos.
- 3) El Convenio vigente, al igual que los que le precedieron, ha permitido la persistencia de dos situaciones que en gran parte explican las diferencias señaladas:
  - i. no establece un límite al volumen de las prestaciones que debe entregar el Hospital al SSMN, ni por tipo, ni por el total de prestaciones.
  - ii. no establece adecuadamente las tarifas a aplicar por tipo de prestaciones.
- 4) Las prestaciones que el HJJA efectúa para el SSMN, tienen dos orígenes: derivaciones hechas por el SSMN, y pacientes ingresados a través del Servicio de Urgencia del Hospital. Ambas fuentes producen un crecimiento permanente de la demanda por servicios, ya que en el primer caso, el SSMN tiende a derivar todas las prestaciones más onerosas o complejas. En el caso de los ingresos por Urgencia, el HJJA debe aceptar todos los ingresos por esta vía, lo que hace de ésta una vía preferida de acceso por parte de los usuarios.

- 5) Los aportes financieros efectuados al Hospital Clínico se han **triplicado** entre 1989 y 1992, producto de diferencias anuales y cuya cobertura ha provenido de aportes cursados por el Ministerio de Hacienda, extraordinarios al presupuesto corriente del Ministerio de Salud.

Esto hace que los principales involucrados y responsables de este aumento, el SSMN y el HJJA, no paguen directamente el costo de las diferencias que se producen respecto de lo establecido en el Convenio. Esto a su vez reduce las motivaciones para resolver estas diferencias.

### Proposiciones y Acuerdos de la Reunión

1. Separar el problema en dos ámbitos:

- a) El primero, buscar medidas paliativas para los próximos tres meses, por la vía de un aporte financiero extraordinario, con el fin que no siga creciendo por este efecto el nivel de endeudamiento del Hospital.

En concreto se sugiere suplementar el Convenio actual, por el último trimestre de 1992, en alrededor de \$ 150 millones mensuales, lo que equivaldría aproximadamente a un 60% sobre la facturación efectiva que se genere en ese período. Esta medida de carácter extraordinario, en absoluto significa un precedente para la definición del próximo Convenio.

- b) Abocarse inmediatamente al estudio del próximo Convenio para un período de tres años (que debiera estar listo al 30 de Noviembre del presente año, con el fin que empiece a operar en Enero 1993). Este nuevo Convenio debería definir al menos:

- Un techo en cuanto a número y tipos de las prestaciones que el HJJA debe proporcionar al SSMN.
- El costo de las prestaciones o tarifas, incluyendo sistemas de registro y control de costos asociados a atenciones específicas. En este sentido es indispensable llevar una cuenta separada por derivaciones de alta complejidad.
- Un mecanismo que permita asegurar a ambas partes, que el ingreso por derivaciones y Urgencia del Hospital, se enmarquen dentro de lo definido en el Convenio.

2. Al término del primer semestre de 1993, luego de 6 meses de la puesta en marcha del nuevo Convenio, se efectuará una revisión y evaluación de su funcionamiento. Sus resultados serían utilizados como base para concordar en el monto de las diferencias efectivas que se adeudarían al Hospital, correspondientes al ejercicio del año 1992. Estas diferencias se pagarían gradualmente a partir del Presupuesto 1994.

C.C. Sr. Ministro de Salud  
Sr. Director de Presupuesto  
Sr. Rector de la Universidad de Chile

Adj. Documento sobre el particular.

# CONVENIO HOSPITAL J.J. AGUIRRE - SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

## Situación Actual

### I. INTRODUCCION

1. La situación que trata este documento está relacionada con la petición por parte de la Universidad de Chile de suplementar en un monto importante el Convenio Vigente 1992, entre el Hospital Clínico J.J. Aguirre (HJJA) y el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN).

El tema muestra al menos tres elementos de gran complejidad:

(a) Los actores involucrados tienen distintos intereses y los incentivos existentes tienden a acentuar las diferencias. Por una parte están el SSMN, que demanda servicios del Hospital, y el Hospital Clínico mencionado que entrega las prestaciones. Por otra parte están el Ministerio de Salud que busca proveer adecuadamente los servicios de salud para satisfacer las expectativas de atención de la población, y la Universidad de Chile, que apunta a contar con un hospital universitario de excelencia que garantice educación de alta calidad. En el esquema descrito los dos principales negociadores y directamente involucrados (HJJA y SSMN) no responden directamente por las diferencias que se puedan producir.

(b) El convenio vigente no establece un cupo máximo de prestaciones en número o en complejidad, lo que genera un impacto en la gestión.

(c) Otro elemento también en el área de gestión está ligado a la práctica de no individualizar para efectos de control financiero, la utilización de **medicamentos e insumos** por prestaciones específicas por paciente, elemento especialmente necesario en las prestaciones más caras y más complejas. Los mecanismos de gestión aplicados por institutos de salud privada que se han desarrollado en los últimos años en nuestro país ligados al sistema de ISAPRES, utilizan controles en este aspecto.

2. Esta nota describe brevemente los principales antecedentes del problema, y algunas proposiciones para enfrentarlo a corto y mediano plazo. Los corolarios más importantes que surgen son, para el corto plazo, que los acuerdos a que se llegue en materia de aportes para los próximos meses, se refieren a la urgencia inmediata y no implican un precedente para una definición más permanente de la relación entre las partes.

En los próximos meses se deberá avanzar en la elaboración de un diseño de las normas y convenios al cual deberán concurrir el Ministerio de Salud, la Universidad de Chile, el Servicio de Salud Metropolitano Norte y el Hospital José Joaquín Aguirre. Dicho convenio debería dar la atención adecuada tanto a la visión del Hospital como un establecimiento universitario, como a la necesidad de absorber las derivaciones nacionales y de alta complejidad. En el contrato debería también tener un lugar importante la orientación al paciente/usuario y la búsqueda de una gestión eficiente.

### II. ANTECEDENTES

3. **Diferencias en materia de aportes.** Ambas partes difieren respecto del aporte necesario para satisfacer las expectativas de la Universidad de Chile durante el presente año. La diferencia asciende a más de \$ 1.800 millones, lo que representa alrededor de un 60% del monto estipulado en el convenio vigente. Las cantidades presentadas por la Universidad de Chile se descomponen de la siguiente manera:

(en millones de pesos)

-	Prestaciones 1992	3.410
-	Medicamentos e Insumos	1.377
	Sub-Total	4.787
-	Convenio Vigente 1992	2.964
	<b>Diferencia para 1992</b>	<b>1.823</b>

4. **Crecimiento de los aportes financieros efectuados al Hospital durante los últimos años.** El aporte del Ministerio de Salud al Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 1989 y 1992, se ha **triplicado** en términos reales. Lo deficitario del aporte realizado por el anterior Gobierno explica en parte este incremento; pero también influye el que
- no se ha establecido un límite al **volumen** de prestaciones que debe entregar el Hospital al SSMN, ni por tipo ni por el total.
  - no existe acuerdo sobre las **tarifas** a aplicar por tipo de prestaciones.
5. **Volumen de las prestaciones que entrega o debería entregar el Hospital Clínico al SSMN.** El actual volumen es ilimitado y muy difícil de proyectar, por dos razones principalmente:
- El Convenio actual incentiva a que el SSMN (y eventualmente otros servicios), derive hacia el Hospital Clínico todas las prestaciones que impliquen un alto costo frente al FONASA Nivel 1, y no necesariamente aquellas para las cuales carece del equipamiento o infraestructura necesaria.
  - El ingreso a los servicios del Hospital por la vía del servicio de "Urgencia", es espontáneo y no está limitado por ningún tipo de restricciones. Esto se debe a que la comunidad, del Area Norte de nuestra capital, percibe al Hospital Clínico de la Universidad de Chile como un hospital del SSMN y dadas sus características, lo prefiere.<sup>1</sup>
6. **Tarifas por prestaciones.** Hasta la fecha no se ha logrado llegar a acuerdos que satisfagan a ambas partes en cuanto a tarifas y al cobro mismo por tipo de prestaciones. Dado que la gestión y las mismas características del Hospital Clínico difieren de las existentes en los hospitales del SNSS, no se ha podido regular este importante aspecto en la transferencia de servicios, abarcando todo tipo de prestaciones, así como los insumos y medicamentos utilizados. Hasta el momento el mecanismo de control existente es una auditoría anual, que por el volumen y la complejidad de las prestaciones involucradas resulta engorroso y por ende muy difícil de arribar a resultados efectivos.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> El ingreso por "urgencia" de los hospitales es algo a lo cual no escapa ningún hospital del SNSS. La gente prefiere muchas veces ingresar por esta vía a su atención en vez de ir a un consultorio a pedir hora de atención o fecha de hospitalización.

<sup>2</sup> Hasta la fecha se realiza una auditoría ex-post, una vez al año, sobre la base del **total de facturas** presentadas por el Hospital Clínico al SSMN.

7. **Inexistencia de incentivos para modificar la situación presentada.** Las partes más próximas al problema (el Hospital Clínico y el SSMN) no han tenido los incentivos adecuados para intentar buscar una solución. Hay dos aspectos que subyacen en esta situación:
- a) La normativa actual que regula el sector Salud, otorga un alto grado de autonomía a los Servicios de Salud respecto del Ministerio de Salud. Este último es, sin embargo, quien recibe la demanda de encontrar una solución, la cual no tiene contemplado atender con sus recursos propios.
  - b) Las transferencias adicionales que en los últimos años ha logrado el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, han provenido de aportes cursados por el Ministerio de Hacienda, extraordinarios al presupuesto corriente del Ministerio de Salud.

### III. CONCLUSIONES Y PROPOSICIONES

8. **Dos elementos de marco básico que posibilitarían la búsqueda de una solución son:**

- a) Como una manera de simplificar el análisis del problema, considerar sólo los gastos relacionados con Prestaciones e Insumos y Medicamentos.
- b) Tener presente la característica dual del Hospital: **universitario y de alta complejidad**, en lo que se refiere a la necesidad de mantener vigente su personal, infraestructura y tecnología.

9. **Medidas para el corto plazo.**

Acotar y acortar las diferencias, buscando acuerdos entre ambas corporaciones sobre los grandes temas de Prestaciones e Insumos y Medicamentos.

En este sentido es importante destacar el hecho de que la facturación efectuada para el año 1992 por el Hospital Clínico alcanza a \$ 1.663 millones (período comprendido entre el 1º de Enero y el 31 de Julio). Es decir un 56% del monto acordado por el Convenio actual para los primeros 7 meses del presente año.

Cualquier acuerdo de traspaso adicional que se logre para resolver el problema (de los próximos tres meses) debe ser considerado de carácter coyuntural. Dicha solución no representaría un reconocimiento de ninguna de las partes de un mayor volumen de prestaciones, o de un mayor valor de ellas respecto del actual convenio.

10. **Medidas para el mediano plazo.**

Propiciar un nuevo Contrato de Servicios por 3 años, donde se establezca con claridad las materias relativas a volumen de prestaciones y tarifas a aplicar por tipo de prestación<sup>3</sup>, complementándolo con factores como calidad del servicio. Asimismo deben incluirse cláusulas que definan un método de resolución de posibles disputas y controversias.

---

<sup>3</sup> Llegar a una tarificación de un número manejable de prestaciones, a través de paquetes estandarizados de prestaciones de baja complejidad y de mayor frecuencia. Hoy día existen más de 12 mil tipos de prestaciones.

El Contrato, debería explicitar el hecho de que el Hospital Clínico deberá atender sólo lo derivado a nivel nacional, desde el SSMN u otros Servicios, por razones exclusivas de la natural especialización que ha adquirido en algunas áreas ese Hospital, en especial las de una alta complejidad. Estas atenciones requerirán de un sistema tarifario distinto que para las prestaciones masivas.

Adicionalmente, desincentivar el uso de la "Urgencia" en el Hospital Clínico mediante, por ejemplo, el cobro nominal de las atenciones a los usuarios y promoviendo el uso de los consultorios y hospitales del SSMN (San José y Roberto del Río). Esto está relacionado con el hecho de que la comunidad, dado lo establecido, no puede continuar en el futuro percibiendo al Hospital Clínico de la Universidad de Chile como un hospital más del SSMN.

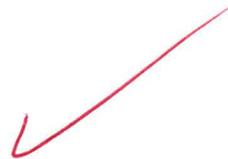
Es necesario que paralelo a lo anterior se favorezca y apoye por parte del Gobierno, la inversión necesaria para que en el mediano plazo exista un servicio de urgencia adecuado en el actual Hospital San José del SSMN.

**11. Fiscalización efectiva del convenio, por parte del Ministerio de Salud, mediante:**

- a) el destacar personal propio, o de terceros contratados para estos efectos, que en el mismo Hospital puedan controlar el ingreso y salida de pacientes que sean atendidos por el SSMN y que por sus características vayan a ser facturados a dicho Servicio.
- b) el compromiso del Hospital Clínico de la Universidad de Chile de poner en marcha cambios en su gestión interna de modo que se posibilite la realización de auditorías inmediatas. Esto puede ser, por ejemplo, mediante la implementación de facturación sobre la base de fichas clínicas en donde aparezca claramente la prestación efectuada al paciente y todos los insumos y medicamentos que se le han aportado durante su estadía en el Hospital Clínico.

SEGPRES 23.09.92

ARCHIVO



MEMORANDUM SP/41

A : **SR. PATRICIO AYLWIN A.**  
Presidente de la República

DE : *E. B.*  
**EDGARDO BOENINGER K.**  
Ministro Secretario General de la Presidencia

REF. : Hospital Clínico de la U. de Chile, J.J. Aguirre: Convenio 1993 con el Servicio de Salud Metropolitano Norte.

REPUBLICA DE CHILE	
PRESIDENCIA	
REGISTRO Y ARCHIVO	
NR.	92/30917
A:	31-DEC-92
P.A.A.	<input checked="" type="checkbox"/> R.C.A.
C.B.E.	<input type="checkbox"/> M.L.P.
M.T.O.	<input type="checkbox"/> EDEC
M.Z.C.	<input type="checkbox"/>

FECHA: 18 de Diciembre de 1992

En relación a la materia de la referencia, me permito informarle de los últimos avances cuyo objetivo es alcanzar un Nuevo Convenio para el año 1993, entre el Servicio de Salud Metropolitano Norte y el Hospital J.J. Aguirre:

1. De acuerdo a lo señalado en Memorándum SP/34 a S.E.(Anexo 1), de fecha 25 de septiembre de 1992 las partes involucradas tenían como tarea el abocarse al estudio de un nuevo Convenio que permitiera superar las continuas diferencias que se producen año a año respecto del presupuesto original. En el año 1992 el Hospital J.J. Aguirre manifestó una diferencia de \$ 1.800 millones sobre los \$ 3.000 millones originales establecidos para dicho año.

Mientras se definía un Nuevo Convenio 1993 con mecanismos apropiados que evitaran la reiteración de conflictos entre el Servicio y el Hospital Clínico se decidió apoyar la reducción de los déficits del Hospital en \$ 450 millones para 1992. Se dejó explícitamente establecido que este suplemento tenía carácter extraordinario, no pudiendo ser utilizado como precedente para la definición de un Nuevo Convenio.

2. Luego de estudiar durante 2 meses, las causas de las diferencias producidas, con un equipo técnico de alto nivel, conformado por personal del Ministerio de Salud, de la Secretaría de la Presidencia y 3 consultores, se llegó a la conclusión de que el Convenio no contenía mecanismos que incentivarán una gestión eficiente y aseguraran un buen control presupuestario. Lo anterior afecta tanto a la gestión del Hospital como del Servicio de Salud Norte.

3. Un elemento clave en el que se expresa la eficiencia de un establecimiento hospitalario es el costo por egreso de pacientes hospitalizados. En dicho costo se considera una serie de prestaciones que en caso de ser pagadas de manera individual pueden inducir a no controlar el gasto por prestación ( no se cuida el número de exámenes realizados, el tipo y costo de medicamentos utilizados, el número de días de estadía, etc.).

El actual sistema de pago del arancel institucional (que se utiliza como unidad de medida en el pago de los hospitales públicos y en el convenio), el cual paga por prestación individual adolece de los problemas recién descritos.

4. De manera específica se observa que la ausencia de adecuados mecanismos de incentivos en el Convenio se traduce en el caso del Hospital, en términos globales en elevados y crecientes gastos en farmacia (medicamentos e insumos) y un alto promedio de días de estada de los pacientes hospitalizados.

En materia de farmacia, se ha podido constatar que dicho gasto como porcentaje de las prestaciones se elevó desde un 30% en 1990 a un 43% en 1992. Los mayores recursos otorgados en el convenio en este periodo han sido absorbidos casi en su totalidad por el incremento del gasto en farmacia recién descrito.

En cuanto a los días de estada de los pacientes hospitalizados del J.J. Aguirre, se observa que en promedio alcanza a 10.8 días, cifra que se compara con un promedio de 6,5 días en los hospitales de mayor complejidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud ubicados en la Región Metropolitana.

La actuación simultánea de ambos factores determina que para el Ministerio de Salud, el costo por egreso de paciente hospitalizado ( variable relevante para comparar con otros establecimientos hospitalarios) resulta en el Hospital J.J. Aguirre notoriamente superior a la del resto de los hospitales públicos.

5. Del análisis realizado, aparece la posibilidad de establecer una relación entre el mayor gasto por egreso de pacientes hospitalizados y la existencia de un número limitado de casos de muy alto costo. Tomando como muestra los meses de marzo, julio y septiembre de 1992 se observa que la prolongada estadía de un escaso número de pacientes (40, que representan un 5% del total de egresos) en el Hospital explica parte importante del costo del Convenio ( \$247 millones que representan 32% del total facturado en esos meses).
6. En lo que respecta al Servicio Norte, no se encuentran en el convenio mecanismos que controlen el número ni el tipo de pacientes enviados al Hospital J.J. Aguirre. Esto posibilita la eventual derivación de un número creciente de pacientes con una variada patología. Adicionalmente no se contempla una programación balanceada a lo largo del año. Todo lo anterior dificulta la planificación del hospital, en lo relativo a la atención de sus pacientes privados.
7. A partir del diagnóstico anterior, la propuesta a presentar por el Ministerio de Salud a la Universidad de Chile, el próximo martes 22 de diciembre establecerá como base principal el reconocimiento que el arancel institucional no es suficiente para cubrir los costos de la prestaciones.

Para solucionar el problema se propone un factor de 2,066, que incorpora el gasto en farmacia (medicamentos e insumos) sobre el arancel institucional. Como referencia puede señalarse que este factor alcanza a 1.96 en el caso del hospital San Juan de Dios y a 1.88 en el promedio de hospitales de mayor complejidad.

8. Con el objeto de compatibilizar este factor de pago con el principio de trato igualitario (pago equivalente a los demás hospitales públicos comparables) , postulado por el Rector de la Universidad de Chile y la corrección de los problemas de gestión enumerados, el Ministerio de Salud solicitará incorporar en el convenio las siguientes medidas :
  - a) Fijar un número promedio de 7 días de hospitalización, para los pacientes beneficiarios del convenio, como base del pago al Hospital Clínico J.J. Aguirre. El promedio de días-estada del Hospital San Juan de Dios alcanza a 6,6 días y en la Región Metropolitana los hospitales de mayor complejidad del Sistema mantienen promedios de similar magnitud.
  - b) Incorporar el gasto de farmacia como parte del valor de las prestaciones. Separando un pequeño grupo de prestaciones de gran costo de farmacia (ver punto siguiente), el factor de 2,066 cubre los actuales gastos observados en el Hospital J.J. Aguirre durante 1992.
  - c) Contemplar una cláusula en la cual se haga notar que aquellas prestaciones referidas a patologías que por su naturaleza ameriten un tratamiento especial (y que deberán especificarse en un protocolo incorporado en el Convenio ), serán contratadas caso a caso.

Finalmente y como una manera de apoyar la adecuada programación del Hospital J.J. Aguirre, el SSMN deberá establecer un programa de derivaciones de las principales patologías, para los doce meses que contempla el convenio.

9. El techo presupuestario inicial será de 2800 millones de pesos y se contemplará 700 millones de pesos adicionales que podrán incorporarse, por decisión del Servicio de Salud Norte, en la medida que la compra caso a caso contemplada en el punto c) del párrafo anterior así lo amerite.
10. La Propuesta del Ministerio de Salud a la Universidad de Chile, de un Nuevo Convenio (un año) incluye un concepto de transición , de manera de poder monitorear y resolver las posibles inconsistencias que se produzcan.

C.C. Sr. Ministro de Salud

Adj. Copia Memorandum SP/34