

---

*Informe de análisis*

**Eficiencia del gasto hospitalario en Chile**

*- Agosto 2020 -*

---

Por Manuel Henríquez Espejo,  
Investigador del Observatorio del Gasto Fiscal



## INDICE

<b>Resumen Ejecutivo</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Antecedentes</b> .....	<b>6</b>
a. Evolución del gasto y producción hospitalaria .....	6
b. Disponibilidad de datos para medir la eficiencia hospitalaria.....	10
c. La oportunidad de usar datos de producción hospitalaria, ajustada por complejidad .....	14
<b>2. Análisis de los datos disponibles de gasto y producción.</b> .....	<b>15</b>
a. Análisis comparativos de eficiencia del gasto por egreso producido por hospital.....	16
b. Otra información de interés acerca del gasto hospitalario .....	22
<b>3. Conclusiones</b> .....	<b>26</b>
<b>4. Anexos</b> .....	<b>28</b>
Anexo 4.1: Listado de hospitales públicos analizados con datos de complejidad de casos publicados para 2019 en el panel de Gestión Hospitalaria del MINSAL, y agrupaciones otorgadas de niveles de complejidad y tamaño del gasto (según algoritmo de clustering) .....	28
Anexo 4.2: Datos utilizados para aproximar el gasto en atención cerrada, número de egresos equivalentes y gasto operacional por egreso equivalente según hospitales adscritos al sistema GRD en 2019 y publicados (agrupado por nivel de complejidad y tamaño de recursos).....	30
Anexo 4.3: Indicadores generales de resultados y de eficiencia hospitalaria por hospital .....	34
Anexo 4.4 Otros indicadores específicos: evaluación comparativa de la gestión de fármacos en recintos hospitalarios.....	36



## RESUMEN EJECUTIVO

El actual escenario de emergencia sanitaria en Chile ha expuesto con mayor fuerza la fragilidad de nuestro sistema de salud, en términos generales. Además, por la contingencia actual se espera una presión importante sobre el gasto público en salud que deberá ser abordado por el [Presupuesto 2021](#).

En este contexto, se reconoce que en la medida que el sistema de salud produzca [más y mejor información de forma transparente](#) frente a la [ciudadanía](#), sería posible transparentar dónde se concentran los desafíos principales, relacionados con la gestión financiera de los hospitales públicos. Más aún, con mejor información disponible a la luz pública, será posible crear los [incentivos](#) para que aquellos hospitales con bajos niveles de eficiencia, puedan establecer medidas de gestión que mejoren sus niveles de desempeño. En consecuencia, [resulta clave avanzar en materia transparencia del gasto hospitalario, y de sus resultados asociados](#).

El presente informe pretende evidenciar que es posible avanzar en transparentar las ineficiencias del sistema, en base al análisis comparativo de los datos hospitalarios. Aparte, entre los [hallazgos](#) más relevantes, con los datos disponibles de acceso público, destacan los siguientes:

1. El gasto hospitalario es el más significativo del sector salud (53% del total anual en salud). Este gasto ha ido creciendo sostenidamente, mientras la producción hospitalaria se ha estancado en los últimos 10 años. Esto trae como consecuencia que [el gasto por egreso hospitalario se ha más que duplicado en una década](#).
2. Cabe entonces preguntarse: ¿cuánto de este aumento está explicado por prestaciones más costosas y cuánto por ineficiencias en el uso de los recursos? Para dar una respuesta a esto, [se requiere medir la eficiencia hospitalaria](#) (o su productividad), en base a un índice que hace comparables los hospitales, independiente de su nivel de complejidad, [a través de “egresos en unidades equivalentes”](#).
3. Para lograr lo anterior, [es necesario avanzar hacia una mayor transparencia](#) y apertura de los datos del gasto hospitalario, según el sistema de registro [en base a Grupos Relacionados al Diagnóstico \(GRD\)](#). En una revisión de los datos disponibles, se ha detectado que la información de gasto producida en base a dicho sistema GRD es aún insuficiente como formarse un panorama preciso de qué recintos hospitalarios lo están haciendo bien, y cuáles lo están haciendo de manera deficiente. De hacerse pública, podría enriquecer significativamente la evaluación ciudadana de aquellos hospitales que son más ineficientes versus aquellos que son más productivos con recursos similares.
4. En base a la escasa información disponible asociada a los registros GRD de los hospitales, en la plataforma del Observatorio Ciudadano del MINSAL, se han identificado los datos de la complejidad promedio de los casos atendidos por 56 hospitales adscritos al sistema GRD en 2019, cuyos índices permiten ajustar los egresos hospitalarios publicados por el Departamento de Estadísticas de Información en Salud (DEIS). Adicionalmente, se consultó las cifras del gasto ejecutado de los hospitales publicadas en la plataforma “Presupuesto Abierto” para 2019, cuyos montos fueron ponderados para obtener el gasto en atención cerrada de cada recinto asistencial. Con este conjunto de



datos, se han conformado grupos (*clusters*) de hospitales con complejidades y presupuestos parecidos, para poder analizar las diferencias en su respectivo gasto según producción, ajustado por complejidad. De esta manera, se ha realizado una aproximación para dar luces de las enormes diferencias en la eficiencia del gasto de los distintos hospitales en Chile.

5. En base a los datos anteriores, se ha calculado el **potencial ahorro anual que podría alcanzar el gasto hospitalario, el cual fluctúa entre \$90.981 millones y \$235.167 millones anuales (entre 129 y 334 millones de USD anuales)**, en el caso que aquellos recintos con menores niveles de eficiencia reduzcan la brecha de su gasto por egreso equivalente respecto a la mediana (o en relación a los mejores establecimientos) de cada grupo (*cluster*) comparado. Estas cifras representan entre un 4,5% y un 11,6% del gasto total anual en atención cerrada de los 56 hospitales analizados (adscritos al sistema GRD).
6. Si las diferencias se calculan agrupando a los hospitales solo por su nivel de complejidad, sin considerar los grupos (*clusters*) según su tamaño del gasto, las **brechas de eficiencia detectadas pueden llegar a ser hasta 2,5 veces entre los hospitales más eficientes versus los menos eficientes**, dentro de un mismo nivel de complejidad. En otras palabras, **el hospital menos eficiente de un grupo de complejidad similar, puede tener un gasto 2,5 veces mayor por egreso equivalente que el hospital más eficiente del mismo grupo**. En este caso, el **ahorro potencial anual** de los hospitales menos eficientes podría fluctuar entre los \$ 162.394 millones (**USD 231 millones**) si éstos convergieran al gasto por egreso equivalente de la mediana de los hospitales de cada grupo, y hasta \$ 594.929 millones (**USD 846 millones**) si todos los recintos disminuyeran su gasto por paciente al valor alcanzado por el hospital más eficiente de cada grupo, representando ambas cifras entre un 8% y un 29% del gasto en atención cerrada anual en 2019.
7. **Para un análisis comparativo más preciso** de las diferencias en la eficiencia hospitalaria del gasto, la complejidad ponderada global de los hospitales debe calcularse **con toda la información disponible de los pesos relativos, por hospital y según tipos de diagnóstico**. Hoy, **esto datos no son de acceso público**. No obstante, las cifras ya disponibles pueden entenderse como una aproximación a las diferencias en eficiencia del gasto hospitalario. Revisar las causas de las actuales ineficiencias es fundamental. Para ello, no obstante, el primer paso debería ser la apertura de los datos del gasto que se puede asociar o que está registrado en el sistema GRD.
8. **Se destaca como positivo que FONASA ha convocado un Comité de Agentes Externos** acerca de los datos del sistema GRD. Entre los posibles pasos de este Comité está la propuesta de disponibilización de estos datos. Avanzar en transparentar datos detallados y comparativos sobre la eficiencia hospitalaria implicaría un aporte de suma relevancia estratégica. **Post pandemia**, el país se va a enfrentar con una **deuda sanitaria** a atender, que hará presión sobre diversas modernizaciones del sistema. **Para atender esta deuda (listas de espera), no será suficiente aumentar solo el gasto público**. Al menos una parte de los futuros aumentos de gasto público en hospitales probablemente alimentará considerables ineficiencias del sistema, en vez de llegar de forma adecuada a beneficiar a los ciudadanos. En este sentido, junto con futuros aumentos de gasto público en el área de Salud, es necesario considerar también reformas estructurales que históricamente han sido postergadas. **Una de esas reformas, es una mayor transparencia del sistema de salud**.



9. Por último, se propone presentar en futuro no solo datos de eficiencia hospitalaria por hospital, de forma comparativa, sino también datos acerca del gasto hospitalario total por grupos de diagnósticos. Poder **observar anualmente -con datos precisos y actualizados- cuáles son las enfermedades que más recursos consumen en el sistema público, y cuál es su peso relativo dentro del gasto hospitalario total**, segmentado según grupos etarios, género y región, será importante no solo como parte de una futura rendición de cuentas del gasto hospitalario, sino también para poner una mayor atención al debate sobre la prevención de estas enfermedades.

Acerca de los datos usados:

Se han utilizado a lo largo de este documento, datos publicados por la Dirección de Presupuestos (DIPRES), relativos a la ejecución presupuestaria de los organismos públicos, así como también la data de producción hospitalaria publicada por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), a partir del año 2009. Asimismo, se utilizó una aproximación del gasto en atención cerrada y por grupos de diagnóstico por hospital para el 2019, utilizando cifras publicadas en un estudio del Departamento de Economía de la Salud (DESAL) basada en cifras del 2014, con el objeto de presentar una propuesta concreta de cómo visualizar información comparativa de productividad y eficiencia de los hospitales sujetos al sistema GRD.



## 1. ANTECEDENTES

El sistema de salud público en Chile constantemente ha estado expuesto a cuestionamientos. El manejo de las listas de espera GES y No GES, el déficit de equipamiento e insumos médicos en los hospitales, la falta de especialistas, el colapso de las urgencias, el estancamiento en la producción (que ha derivado, por ejemplo, en el aumento de las contrataciones intrahospitalarias de prestadores privados y sociedades médicas para cubrir el exceso de demanda), entre otros, han sido elementos de gestión que son objeto de revisiones constantes.

Sumado a ello, se incorporan componentes financieros que van configurando un diagnóstico compartido de las permanentes situaciones críticas que experimenta el sistema: la rigidez en la formulación anual de los presupuestos asignados inicialmente a los hospitales que no se adaptan a la realidad del gasto hospitalario, que tiene su efecto en la presión hacia el sobregasto operacional y el consiguiente incremento sostenido de la deuda hospitalaria, son algunos de dichos componentes. Todos estos factores han sido cruciales al momento de evaluar el desempeño, en cuanto a eficiencia en los costos y productividad de los hospitales públicos.

Además, el sistema se encuentra especialmente sensible, considerando que dada la contingencia se espera una presión importante en la red asistencial, y que deberá ser abordada por el Presupuesto 2021. De hecho, las atenciones no realizadas en el sistema público, por efecto de la actividad hospitalaria concentrada en la demanda en las atenciones de Covid19, producirán una presión sumamente compleja al alza del gasto en salud. Dada la gestión y transparencia del sistema actual, no obstante, no se puede esperar que solo con un aumento de las transferencias financieras a los hospitales se pueda solucionar de forma eficiente las listas de espera acumuladas.

En este contexto, se reconoce que en la medida que el sistema de salud produzca más y mejor información de forma transparente frente a la ciudadanía, sería posible que se develen dónde se concentran las problemáticas actuales en términos de la gestión clínica y financiera de los recintos de salud. Más aún, con mejor información disponible a la luz pública, será posible crear los incentivos para que aquellos hospitales con bajos niveles de eficiencia, puedan establecer medidas de gestión que mejoren sus niveles de desempeño. De lo contrario, basado en la actual opacidad en los datos, aquellos recintos que peor manejan sus recursos se podrán ocultar entre el conjunto de ineficiencias globales del sistema, generándose ineficiencia en la asignación de recursos desde hospitales de mejor eficiencia hacia aquellos de más baja eficiencia, que no son sostenibles financieramente en el tiempo.

En este sentido, el presente artículo pretende demostrar con análisis estadísticos preliminares, la alta dispersión de los niveles de productividad de los hospitales medidos en unidades equivalentes (estimado en base a la escasa información pública disponible), relevando con ello la importancia de reforzar la transparencia de la información del gasto hospitalario y la apertura de sus datos hacia la ciudadanía, como una medida que permitirá la mejora continua en los niveles de eficiencia hospitalaria a futuro.

### a. Evolución del gasto y producción hospitalaria

El gasto en salud, a partir del año 2014, es el segundo de mayor peso en el gasto público total. En 2019, la cartera de salud ejecutó un gasto de casi \$ 9,8 billones, representando un 20,6% del gasto público total de dicho año, siendo superado en magnitud de recursos solo por el Ministerio

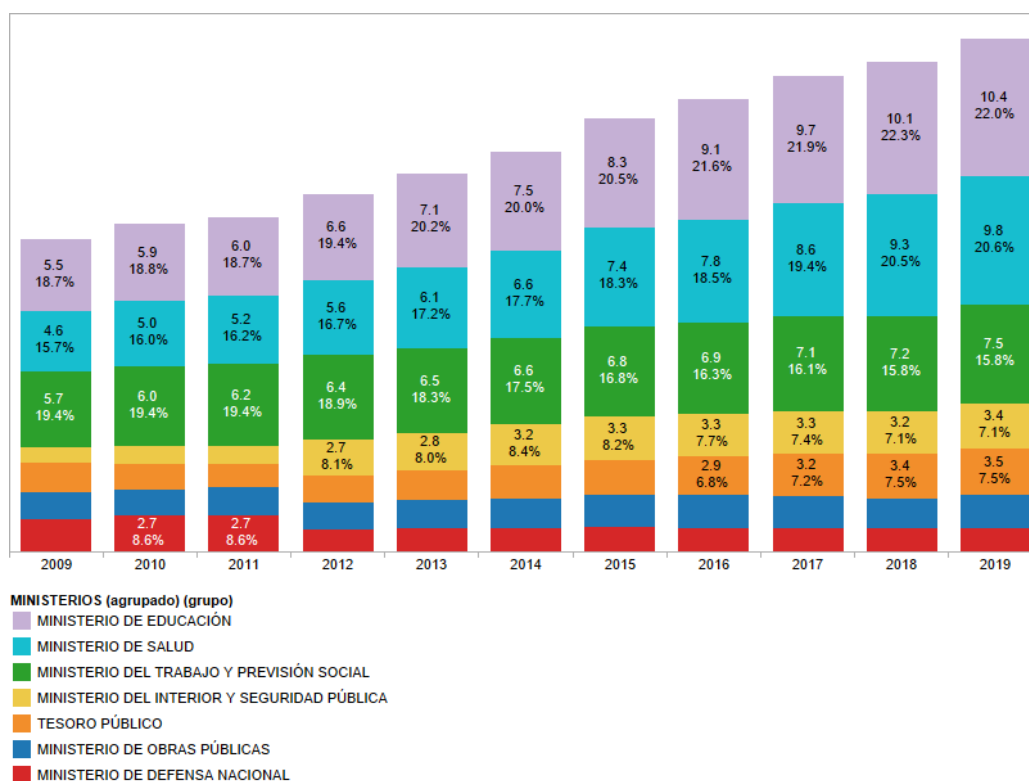


de Educación, quien ejecutó \$ 10,4 billones, es decir, un 22% del gasto total del Gobierno Central, tal como se muestra en el gráfico 1.

### Gráfico 1

Gasto ejecutado por los 7 Ministerios con mayor presupuesto, y participación sobre el gasto total del Gobierno Central, periodo 2009-2019

(cifras en billones de pesos y como % del total)



Fuente: Elaboración propia, con datos de ejecución presupuestaria, DIPRES

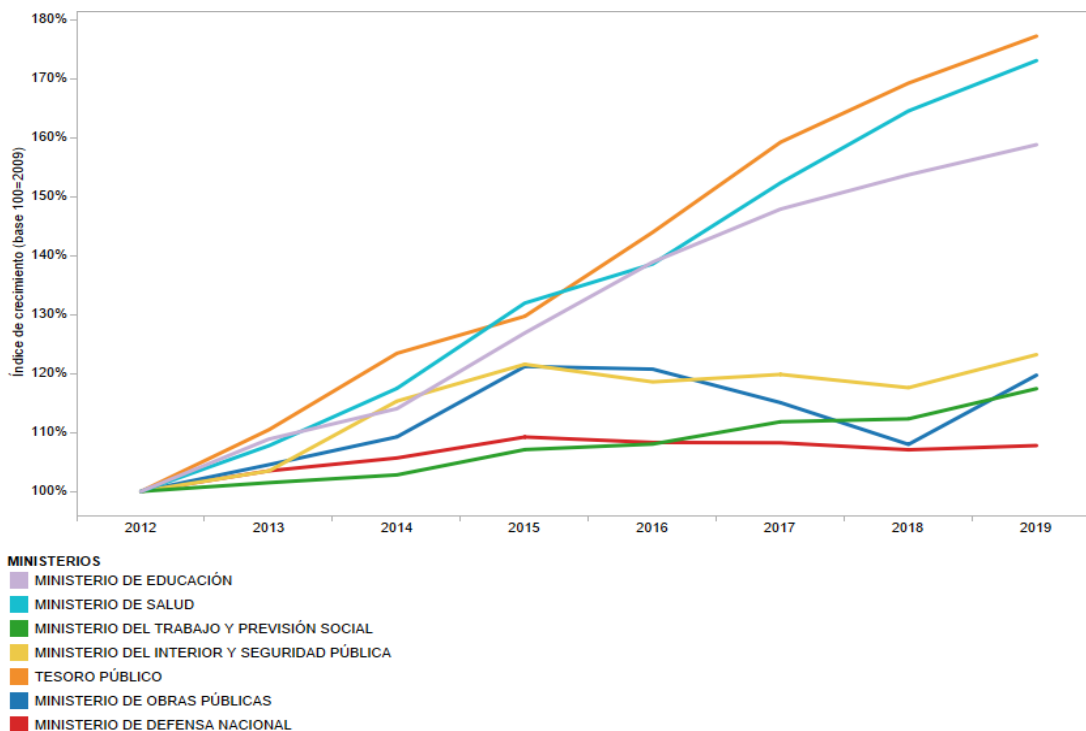
El gasto en salud no solo tiene un peso significativo en el gasto público, sino que también ha crecido más que cualquier otra cartera, según se muestra en el gráfico 2. Solo entre 2012 y 2019, incrementó su gasto real un 70%, a una tasa promedio anual de 8,1%, siendo superado solo por la partida del Tesoro Público, cuyo gasto concentra ítems que no son asignados al presupuesto de ningún ministerio, sino que son ejecutados por el Estado en operaciones complementarias y subsidios.

Si analizamos la composición del gasto en salud, notamos que el gasto de mayor relevancia en la cartera está vinculado al gasto de los recintos hospitalarios, incluyendo el gasto ejecutado por los distintos servicios de salud, responsables de la coordinación y administración de recursos para el financiamiento de la red asistencial en sus distintas áreas de influencia territorial.



**Gráfico 2**

Índice de crecimiento (base 100=2009) de los 7 Ministerios con mayor presupuesto, periodo 2009-2019 (cifras como % de crecimiento desde el año inicial)



Fuente: Base de Datos de ejecución presupuestaria, DIPRES

Para dimensionar el volumen de recursos invertidos en los hospitales, es posible observar que en 2019 el gasto hospitalario estimado representó aproximadamente el 53% del gasto total del ministerio de salud, según se muestra en el gráfico 3. Este monto considera el gasto ejecutado en los subtítulos 21 de personal y 22 de compra de bienes y servicios de consumo por parte de los servicios de salud a lo largo del país y los centros experimentales (Hospital Padre Hurtado, CRS Maipú y Peñalolén).<sup>1</sup>

<sup>1</sup> El gasto hospitalario no es posible construirlo directamente desde los datos disponibles de la ejecución presupuestaria publicada por DIPRES, dado que como se mencionará en el apartado 4 de este documento, los programas presupuestarios del Ministerio de Salud no permiten diferenciar el gasto ejecutado por los hospitales respecto del gasto ejecutado por la gestión administrativa del personal directivo y profesional de Servicios de Salud (que no trabajan directamente en los hospitales públicos dependientes de la red asistencial). En este sentido, se ha estimado este gasto considerando solo el gasto operacional de los programas presupuestarios asociados a los Servicios de Salud (subtítulos 21 de gasto en personal y 22 de compra de bienes y servicios), que pese a incluir el gasto administrativo de personal y de compra de suministros para el funcionamiento de dichos servicios, es más cercano al gasto hospitalario operacional de los recintos hospitalarios. En página 10 se revisan los datos del gasto hospitalarios dentro de la plataforma Presupuesto Abierto.

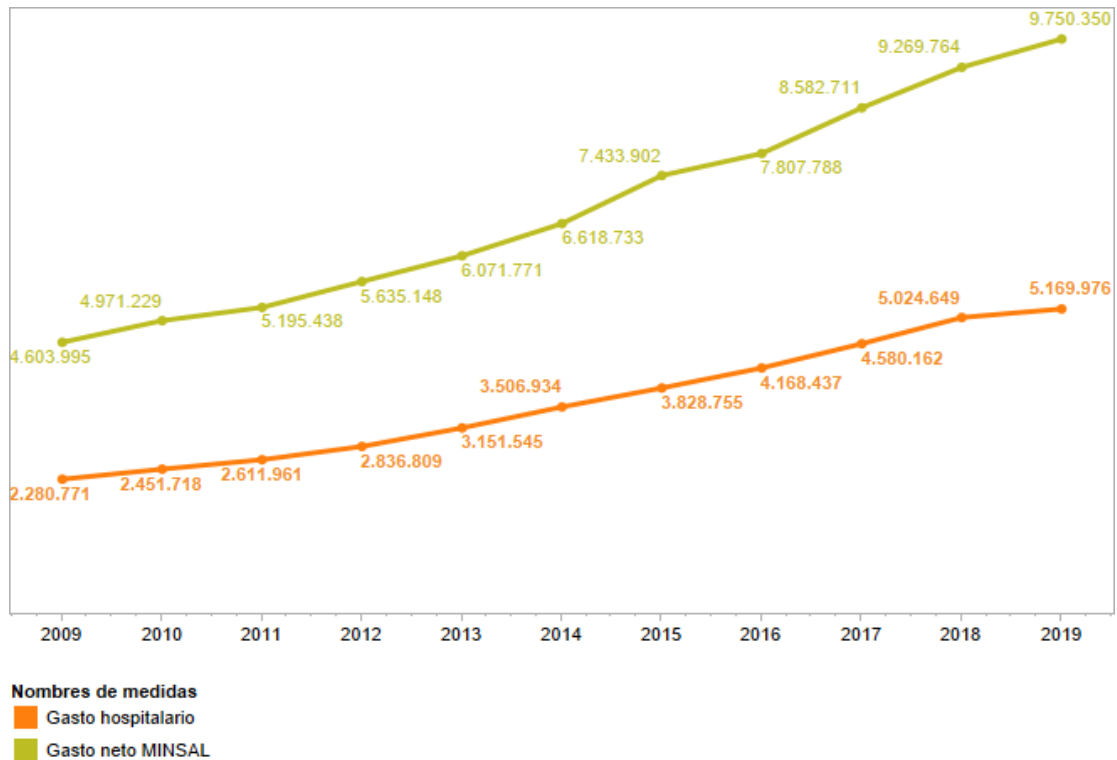




### Gráfico 3

Evolución del gasto operativo hospitalario vs el gasto neto del Ministerio de Salud

(cifras en millones de pesos 2019)



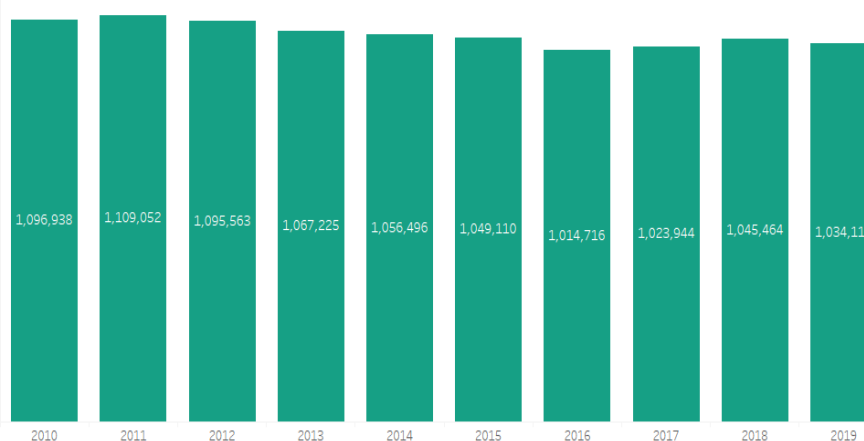
Fuente: Base de Datos de ejecución presupuestaria, DIPRES

No solo es interesante cómo ha ido creciendo sostenidamente el gasto hospitalario. En contraste, la producción hospitalaria se ha mantenido estable en el tiempo, sin importantes variaciones (gráfico 4). Ello llevaría a sospechar un cierto estancamiento en los niveles de productividad hospitalaria (producción / gasto), lo que se necesitaría corroborar en base a información más desagregada para determinar sus causas efectivas: ¿cuánto de este aumento está explicado por prestaciones más costosas y cuánto por ineficiencia en el uso de los recursos? Para dar una respuesta a estas interrogantes, se requiere medir la eficiencia hospitalaria (o su productividad, dependiendo cómo se mire), en base a un índice que hace comparable la producción de los hospitales, independiente de su nivel de complejidad, a través de “egresos en unidades equivalentes”.



#### Gráfico 4

Evolución de la producción hospitalaria (número de egresos) en el sistema de salud público (2010-2019)



Fuente: Base de Datos de egresos hospitalarios, Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) – MINSAL

#### b. Disponibilidad de datos para medir la eficiencia hospitalaria

Para poder medir la eficiencia hospitalaria, se necesitan combinar datos de gasto hospitalario con sus respectivos resultados, ajustados por complejidad. Acerca de los datos de gasto, está la información presupuestaria generada por el Ministerio de Salud, e informada a la Dirección de Presupuestos (DIPRES). Se desagrega según las instituciones del sector, y luego en base a programas presupuestarios. Aun así, solo FONASA y la Subsecretaría de Redes Asistenciales tienen programas que son distintos a su propia institución:

- FONASA, como ente administrador del seguro público y que hasta el año 2019 financiaba la operación de los hospitales a través de sus programas de prestaciones institucionales y valoradas, así como el de Atención Primaria para los centros de salud primaria. A partir del 2020, los programas presupuestarios se estructuraron en los programas de financiamiento hospitalario por GRD<sup>2</sup>, programa de prestaciones institucionales y el programa de Atención Primaria;
- La Subsecretaría de Redes Asistenciales, dado que administra los recursos del Programa de Inversión Sectorial en Salud, que canaliza los recursos de capital para ser transferidos a los servicios de salud para la construcción de nuevos hospitales y aumentos de capacidad de infraestructura existente.

Como es notorio, los distintos organismos que integran el Ministerio de Salud, no cuentan con desagregaciones suficientes de programas presupuestarios, lo que se traduce en una primera piedra de tope hacia una mayor transparencia de su gasto.

En efecto, la base de ejecución presupuestaria, al no contar con un suficiente número de programas, no cuenta con desgloses según hospitales de la red asistencial de cada Servicio de Salud. De acuerdo al siguiente gráfico, vemos el desglose del gasto publicado en los reportes de ejecución presupuestaria por DIPRES de acuerdo a los subtítulos del clasificador, donde es posible evidenciar la escasa desagregación de los programas presupuestarios.

<sup>2</sup> Ley de Presupuestos del Sector Público año 2020. Programa 05 del Fondo Nacional de Salud "Financiamiento Hospitales por Grupo Relacionado Diagnóstico" (16-02-05)



**Cuadro 1**

Gasto neto ejecutado por el Ministerio de Salud en 2019 desglosados según capítulos (instituciones) y programas presupuestarios de los Servicios de Salud (cifras expresadas en millones de pesos)

Nombre_Capitulo	Nombre_Programa	2019									Total general
		21	22	23	24	25	26	29	31		
SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA	SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA	58.101	28.477	1.042	22.796		153	1.141	7.121		118.830
SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA	SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA	108.681	70.476	1.287	43.236		18	309	6.702		230.709
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE	SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA NORTE	58.204	21.095	766	26.787		25	2.062	51.991		160.929
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR	SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR	148.947	110.577	3.681	88.781	41	84	9.377	42.941		404.429
SERVICIO DE SALUD ARAUCO	SERVICIO DE SALUD ARAUCO	46.372	18.172	508	16.155			3.627	1.423		86.258
SERVICIO DE SALUD ARICA	SERVICIO DE SALUD ARICA	45.027	23.458	773	23.215		151	2.242	405		95.272
SERVICIO DE SALUD ATACAMA	SERVICIO DE SALUD ATACAMA	56.971	30.999	1.296	29.533		15	757	197		119.768
SERVICIO DE SALUD AYSÉN DEL GENERAL CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO	SERVICIO DE SALUD AYSÉN DEL GENERAL CARLOS IBÁÑEZ DEL CAMPO	70.569	26.098	927			2	646	1.720		99.962
SERVICIO DE SALUD BÍO-BÍO	SERVICIO DE SALUD BÍO-BÍO	88.005	58.928	1.567	45.916		217	5.116	238		199.986
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ	SERVICIO DE SALUD CHILOÉ	50.973	19.226	770	34.366		232	2.867	34.945		143.379
SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN	SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN	153.757	94.690	3.636	58.210		315	5.617	2.696		318.920
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO	SERVICIO DE SALUD COQUIMBO	123.401	74.964	3.558	77.204		510	850	41.376		321.862
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVÍ	SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVÍ	101.476	68.098	1.650	44.121		48	836	4.244		220.473
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE	SERVICIO DE SALUD IQUIQUE	64.898	23.966	839	35.747		236	1.389	22.878		149.952
SERVICIO DE SALUD LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS	SERVICIO DE SALUD LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS	125.825	87.303	3.556	89.330	17	278	5.368	9.800		321.478
SERVICIO DE SALUD MAGALLANES	SERVICIO DE SALUD MAGALLANES	63.419	33.106	707	17.518		30	2.528	1.094		118.402
SERVICIO DE SALUD MAULE	SERVICIO DE SALUD MAULE	162.921	99.752	4.826	130.359		781	984	126.473		526.097
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL	199.675	126.673	4.769	30.531		165	3.772	5.128		370.713
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE	140.108	89.585	4.102	77.182		209	1.482	8.088		320.755
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE	166.848	130.277	3.691	127.606		29	1.092	10.886		440.429
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE	142.737	153.132	4.793	71.322		209	11.840	2.695		386.728
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR	156.019	122.586	4.562	121.790		253	3.233	12.865		421.308
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR-ORIENTE	SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR-ORIENTE	183.178	152.099	4.430	121.530		4.477	3.803	7.118		476.634
SERVICIO DE SALUD ÑUBLE	SERVICIO DE SALUD ÑUBLE	96.578	50.825	2.334	53.062		138	1.622	8.319		212.878
SERVICIO DE SALUD OSORNO	SERVICIO DE SALUD OSORNO	65.674	30.962	1.987	30.185		2	3.642	665		133.117
SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO	SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO	82.203	53.229	1.812	42.846		17	4.041	17.372		201.519
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA	SERVICIO DE SALUD VALDIVIA	79.369	57.849	2.351	48.499	15	30	5.389	5.885		199.389
SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO - SAN ANTONIO	SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO - SAN ANTONIO	102.481	57.418	3.036	45.101			2.544	22.885		233.465
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA	141.759	87.163	3.907	92.812		357	3.062	77.162		406.221
<b>Sub - totales</b>		<b>3.084.176</b>	<b>2.001.181</b>	<b>73.166</b>	<b>1.645.738</b>	<b>74</b>	<b>8.984</b>	<b>91.237</b>	<b>535.310</b>		<b>7.439.865</b>

Fuente: Base de Datos de ejecución presupuestaria, DIPRES

Adicional a los datos de ejecución que presenta la DIPRES, a partir del año 2019, entró en vigencia el [Portal de Presupuesto Abierto](#) de esa misma institución, donde se aborda el detalle de la ejecución presupuestaria según áreas. En el caso de la cartera de salud, las “áreas” son los hospitales y los centros de atención que componen la red asistencial, lo que significa un paso importante hacia la apertura del gasto en salud. Sin embargo, la plataforma todavía no incluye el presupuesto inicial y el vigente para cada institución. A la fecha, tampoco presenta información



desagregada que identifique el gasto en atención cerrada y abierta de los hospitales públicos, u otras desagregaciones que permitirían identificar y evaluar adecuadamente el gasto ejecutado - por ejemplo, el gasto según los distintos servicios clínicos dentro de los recintos hospitalarios y por grupo de diagnósticos.<sup>3</sup>

En el siguiente cuadro 2 se ilustra una muestra de hospitales y servicios de salud y el desglose general de datos presupuestarios que es posible conseguir en la plataforma Presupuesto Abierto de la DIPRES.

**Cuadro 2**

Gasto ejecutado por Hospitales y Centros de atención primaria dependientes de Servicios de Salud (no municipalizados) en 2019 (extracto) (cifras expresadas en millones de pesos)

nombre_capitulo (grupo)	nombre_area (grupo)	21	22	23	24	25	26	29	31	Total gener...
SERVICIO DE SALUD ARICA	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD ARICA	11.931	4.679	86	23.215		151	2.235	405	42.702
	HOSPITAL DOCTOR JUAN NOE	33.096	18.780	687				8		52.571
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE	DIRECCIÓN DEL SERVICIO	14.263	4.674	839	35.747		236	1.389	22.878	80.026
	HOSPITAL DE ALTO HOSPIICIO	2.485	956							3.441
	HOSPITAL DE IQUIQUE	48.150	18.336					0		66.486
SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA	CENTRO ASISTENCIAL NORTE	1.038	323					13		1.374
	CENTRO ONCOLOGICO DEL NORTE	3.625	2.701	24				9		6.359
	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA	12.693	12.620	69	43.236		18	249	6.702	75.587
	HOSPITAL DE ANTOFAGASTA	59.550	40.619	892				12		101.073
	HOSPITAL DE CALAMA	22.272	10.463	261			0	14		33.010
	HOSPITAL DE MEJILLONES	1.857	634					5		2.495
	HOSPITAL DE TALTAL	2.691	812					6		3.509
SERVICIO DE SALUD ATACAMA	HOSPITAL DE TOCOPILLA	4.955	2.303	41				1		7.301
	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD ATACAMA	8.305	6.591	1.296	29.533		15	324	197	46.261
	HOSPITAL DE CHAÑARAL	2.002	399							2.401
	HOSPITAL DE HUASCO	1.853	363							2.216
	HOSPITAL DE VALLENAR	13.707	7.321					427		21.454
	HOSPITAL DIEGO DE ALMAGRO	1.797	415							2.212
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO	HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPO	29.308	15.909					7		45.224
	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD COQUIMBO	14.561	8.990	74	77.204		496	530	38.920	140.774
	HOSPITAL COMBARBALÁ	2.247	658	101				18		3.024
	HOSPITAL COQUIMBO	33.726	23.945	1.040			5	285	2.456	61.457
	HOSPITAL DE ANDACOLLO	1.768	700	73				1		2.542
	HOSPITAL ILLAPEL	7.139	2.509	407				6		10.062
	HOSPITAL LA SERENA	31.704	23.537	1.211			9	9		56.471
	HOSPITAL LOS VILOS	3.283	1.229	55				0		4.568
	HOSPITAL OVALLE	23.036	10.912	474						34.422
	HOSPITAL SALAMANCA	3.486	1.571	69				1		5.127
	HOSPITAL VICUÑA	2.451	912	54				0		3.417
SERVICIO DE SALUD VAPARAISO-SAN ANTONIO	ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD VAPARAISO-SAN ANTONIO	4.140	765							4.906
	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD VAPARAISO-SAN ANTONIO	12.655	10.416	336	45.101			75	22.680	91.263
	HOSPITAL CARLOS VAN BUREN	50.823	29.481	1.721				1.361	201	83.588
	HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA	13.594	7.904	587				199	4	22.288
	HOSPITAL DEL SALVADOR	5.748	2.043	64				5		7.859
	HOSPITAL DOCTOR EDUARDO PEREIRA	12.989	5.917	329				844		20.078
SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR Y QUILLOTA	HOSPITAL SAN JOSÉ CASABLANCA	2.530	893					60		3.483
	DIRECCIÓN SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR Y QUILLOTA	16.868	13.004	3.903	92.812		44	2.397	77.162	206.190
	HOSPITAL CABILDO	1.988	664	0				1		2.653
	HOSPITAL DE LA CALERA	5.051	1.391	0				66		6.509
	HOSPITAL DE LA LIGUA	4.691	1.262	1				153		6.107
	HOSPITAL DE LIMACHE	5.338	1.425					47		6.811
	HOSPITAL DE QUILLOTA	20.266	11.991	1			0	46		32.304
	HOSPITAL DE QUILPUÉ	17.755	7.943	0			2	133		25.833
	HOSPITAL DE QUINTERO	3.728	1.773					1		5.502
	HOSPITAL DOCTOR GUSTAVO FRICKE	56.341	44.805	1			311	179		101.636
	HOSPITAL GERIÁTRICO PAZ DE LA TARDE	2.849	751					9		3.609
	HOSPITAL PEÑABLANCA	5.379	1.853	0				2		7.234
	HOSPITAL PETORCA	1.504	302	0				28		1.834

Fuente: Base de Datos de ejecución presupuestaria, extraído del Portal de Presupuesto Abierto, DIPRES

<sup>3</sup> Este desglose de gasto sería factible obtener a través de la información de la plataforma SIGFE, cargada en la aplicación PERC (facilitada al MINSAL en un convenio de cooperación con la Organización Panamericana de la Salud), que consiste en una herramienta de costeo de salud a partir de productos finales (atención cerrada y abierta) y productos intermedios por unidades clínicas, apoyo clínico y de apoyo de gestión. Permite asignar el gasto a productos x unidad, cuyos recursos pueden ser clasificados como gasto directo e indirecto, variable y fijo.



En relación a los datos relacionados al desempeño de los hospitales, existe en la actualidad una base de datos pública de los “egresos hospitalarios”, que refleja principalmente la producción de los hospitales en el área de atención cerrada. Para ello, se contabilizan las personas que fueron atendidas en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud y que requirieron el uso de camas y/o pabellones quirúrgicos para resolver su patología.

Estas bases de datos son publicadas por el Departamento de Estadísticas de Información en Salud (DEIS) del Ministerio del ramo, cuya entidad cuenta además a disposición de la ciudadanía, con datos de los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM), donde también se registran todas aquellas prestaciones derivadas de una atención abierta (asociada a una persona que no pernoctó en una cama hospitalaria, como es el caso de consulta médica o una atención ambulatoria de urgencia), así como todas aquellas actividades de servicios de apoyo a la red (exámenes de laboratorio, toma de muestras, traslado de pacientes, entre otras).

Estas cifras públicas, combinadas con la ejecución de gasto de cada recinto, podrían contribuir a hacer mediciones de eficiencia (o productividad), en relación a la cuantificación del número de egresos producidos por cada unidad de gasto, o visto de manera inversa, al gasto unitario de cada egreso hospitalario producido por cada recinto.

No obstante, una de las dificultades de realizar dichos análisis se basa en que las cifras publicadas en el DEIS no se encuentran ajustadas por los niveles de complejidad de los recintos hospitalarios. Esta complejidad depende directamente de la cartera de servicios y de los niveles de resolución de las distintas patologías que se atienden en cada hospital. En otras palabras, la comparación de los niveles de eficiencia o productividad de los establecimientos requerirá el ajuste de cada egreso hospitalario, dependiendo del nivel de complejidad de éste, asignando un peso relativo distinto dependiendo de la prestación y la patología de la que trate ese egreso.

*Ejemplo: intuitivamente, a modo de ejemplo, una intervención por cirugía al corazón debería tener x veces más complejidad que una intervención por apendicitis, lo que conlleva a pensar que el gasto de cada cirugía al corazón sea tantas veces mayor al gasto por apendicitis. Si un hospital determinado desarrolla más intervenciones al corazón, versus otro que está más concentrado en la atención de apendicitis, entonces el peso que tiene el número de egresos del primero es mayor que el del segundo recinto hospitalario.*

Por lo tanto, cualquier medición que se realice de la producción y su comparación con el gasto operacional de los hospitales debería estar indexada a la complejidad de la casuística resuelta y debería incorporar los niveles de producción óptimos según la infraestructura hospitalaria. No obstante, hasta la fecha, hay pocos datos disponibles sobre la producción hospitalaria, ajustada según complejidad. Solo el Observatorio Ciudadano del MINSAL, en su reporte interactivo “Panel Gestión Hospitalaria”<sup>4</sup> incluye indicadores globales de la gestión de cada recinto hospitalario, y publica un índice de complejidad promedio de los casos atendidos por cada establecimiento, proveniente del sistema GRD (Grupos Relacionados al Diagnóstico).

En consecuencia, con los datos actualmente disponibles sobre el gasto y la producción de los hospitales, es difícil realizar un monitoreo preciso acerca de la eficiencia del gasto hospitalario.

---

<sup>4</sup> Disponible en el siguiente [link](#)



### c. La oportunidad de usar datos de producción hospitalaria, ajustada por complejidad

A partir del año 2002, Chile empieza a implementar un sistema de clasificación de los pacientes atendidos en el sistema de salud, denominado Grupos Relacionados a Diagnóstico (GRD) que permite conformar grupos de pacientes que individualmente tienen patrones y características comunes. Al identificar grupos de pacientes es posible estandarizar procesos clínicos de atención para tratar determinadas patologías y hacer más eficiente la labor hospitalaria.

Pese a la larga data en el uso del GRD en Chile, recién a partir del año 2011 se empieza a masificar. A la fecha, existen aproximadamente 81 hospitales de alta y mediana complejidad que llevan este registro. De ello, 65 hospitales llevan a lo menos 2 años de registro con regularidad, habiendo pasado por distintas iniciativas internas relativas a la estandarización y capacitación de los equipos dedicados al tema. **De esta manera, la implementación del registro ha permitido a los equipos de gestión de los hospitales que se cuente con información del consumo de recursos financieros para cada grupo relacionado (nivel de gasto en personal médico, insumos, días cama, equipamiento, etc.).**

La estandarización de los niveles de complejidad de la producción hospitalaria -asociada al gasto respecto- facilitaría análisis comparativos entre hospitales en términos de sus niveles de eficiencia y productividad.

Usar datos del sistema de clasificación GRD permitiría, además, evaluar el grado de pertinencia de los presupuestos totales asignados a cada hospital en cada Ley de Presupuestos, haciendo ajustes graduales en aquellos hospitales más ineficientes (que consumen más recursos por la misma producción hospitalaria en relación a otros recintos), en la medida que se vayan implementando mejoras en la gestión. Ello lograría una convergencia en los niveles de eficiencia de todos los hospitales del país, evitando con ello subsidiar aquellos que lo hacen mal en términos de gestión financiera, en desmedro de aquellos que sí lo hacen bien.

Es tal la relevancia de esta metodología de registro que, desde este año presupuestario 2020, los hospitales que llevan GRD están incluidos en un nuevo programa presupuestario del Fondo Nacional de Salud (FONASA) del Ministerio de Salud, denominado “Financiamiento de Hospitales por Grupo Relacionado a Diagnóstico”, con el objeto de dar seguimiento con mayor precisión al presupuesto y la ejecución presupuestaria de estos recintos de salud.

Sin embargo, la data de recursos gastados según patologías agrupadas en los GRD, no son de acceso público en la actualidad - salvo la publicación que se hace en el panel interactivo del Observatorio Ciudadano del MINSAL de los índices de complejidad globales de los pacientes atendidos por cada hospital a través del peso medio GRD. Esta opacidad, en definitiva, es la de mayor envergadura en relación a la transparencia presupuestaria de los hospitales públicos, pues inhibe las posibilidades de la que la sociedad civil, academia y expertos, puedan analizar en profundidad el comportamiento de la productividad y de los niveles de eficiencia del gasto en cada uno de los recintos asociados. En definitiva, se presenta una oportunidad extraordinaria para dar un salto sustantivo en materia de transparencia del grado de eficiencia y productividad del gasto hospitalario.

En este sentido, es preciso destacar que, de acuerdo a información proporcionada desde FONASA, se ha convocado un Comité De Agentes Externos que estaría evaluando los mecanismos para valorizar de manera óptima el gasto y la producción hospitalaria -ajustada por complejidad-, y poniendo a disposición de la ciudadanía parte de dicha información. De concretarse, implicaría sin dudas un avance histórico en la materia.



## 2. ANÁLISIS DE LOS DATOS DISPONIBLES DE GASTO Y PRODUCCIÓN

En este capítulo se presenta análisis comparativos de los niveles de eficiencia y productividad del gasto hospitalario entre los distintos recintos que se encuentran adscritos al sistema GRD, con datos publicados en el panel de Gestión Hospitalaria del Observatorio Ciudadano del MINSAL al 2019. La finalidad de este análisis es presentar las brechas aproximadas en eficiencia del gasto, entre hospitales de complejidad similar y con un tamaño de recursos equivalente. Cabe mencionar que, para generar análisis comparativos más precisos en esta línea, se requeriría la disponibilidad de la siguiente información pública:

- a) Datos desagregados del gasto hospitalario distribuido para cada uno de los grupos de diagnósticos asociados (CIE-10) en base a los procedimientos codificados en el sistema GRD, de tal forma de construir las agregaciones respectivas. Como se mencionó en el capítulo 1, estos datos no son públicos, y lo único que se informa en la actualidad son los pesos promedio ponderados GRD que publica el Observatorio Ciudadano del Ministerio de Salud, en su reporte interactivo “Panel Gestión Hospitalaria”<sup>5</sup>, con cuyos datos es posible construir las unidades equivalentes de egresos agregados por hospital, que es una aproximación preliminar al nivel de complejidad de cada recinto. De esta manera, aplicando dicho factor promedio global por hospital a sus respectivos egresos, se obtiene los egresos hospitalarios corregidos por el nivel de complejidad de cada hospital que cuenta con el sistema GRD.
- b) Por otro lado, se requiere información desglosada del gasto que consume la atención cerrada de cada hospital (sobre el cual funciona el sistema de registro GRD), diferenciado del gasto en la atención abierta. Como ya se explicó anteriormente, a raíz de que no se publican los pesos específicos de cada grupo de diagnóstico, ni tampoco se informa la desagregación del gasto según tipo de atención (abierta, cerrada), para la construcción de los análisis presentados en este acápite, se estimó de manera global el peso del gasto hospitalario en atención cerrada respecto al gasto total de cada uno de los hospitales del sistema. Para ello, se utilizaron los datos publicados por el Departamento de Economía de la Salud del MINSAL (DESAL), en la plataforma “Información Económica de Salud (IES)”, menú “Reportes del Gasto por Enfermedad”<sup>6</sup>, donde se informan las cifras generales y desglosadas (en el informe metodológico) del “Gasto total por Tipo de Atención y prestador”, donde se desagregan de forma general el gasto en atenciones abiertas y cerradas, el que fue estimado en un estudio con cifras del año 2014, mediante una aproximación de costos a través de egresos GRD en distintas categorías de grupos CIE-10. De esta manera, el peso otorgado a cada GRD y la base de cálculo para conversión monetaria permitió al DESAL estimar en forma adecuada el consumo de recursos promedio por cada egreso.

Por consiguiente, el análisis estadístico desarrollado en este informe, con los limitados datos disponibles, considera: (a) el análisis comparativo del gasto por egreso equivalente (egresos ajustados por complejidad) de la atención cerrada de cada hospital, evaluando las brechas de eficiencia existentes entre los distintos recintos agrupados según niveles de complejidad y tamaño de recursos similares; (b) también se aborda un análisis global asociado a una aproximación del gasto hospitalario desglosado según los variados grupos de diagnóstico CIE-10, considerando distintas formas de visualización para la ciudadanía; y (c) el desarrollo de un set de propuestas de indicadores que permiten medir la productividad y eficiencia comparativa del gasto entre los distintos hospitales adscritos al sistema de registro GRD, que podrían ser considerados en alguna iniciativa de transparencia de datos.

---

<sup>5</sup> Disponible en el siguiente [link](#)

<sup>6</sup> Disponible en el siguiente [link](#).



### a. Análisis comparativos de eficiencia del gasto por egreso producido por hospital (en base a unidades equivalentes)

En este apartado se presenta un análisis estimativo que compara la gestión hospitalaria entre distintos hospitales mediante el contraste de sus niveles de eficiencia del gasto por egreso hospitalario en unidades equivalentes<sup>7</sup>. Se trata de una aproximación gruesa, pues la complejidad ponderada global de los hospitales debe hacerse con toda la información disponible de los pesos relativos por hospital y diagnóstico, la que hoy día no es de acceso público. La comparación fue hecha clasificando a cada uno de los hospitales (56) con registros de la complejidad global de sus pacientes en 2019 (informados en el portal de gestión hospitalaria del Observatorio Ciudadano del MINSAL), de acuerdo a clústeres de complejidad y volumen de gasto operacional ejecutado en dicho periodo. En los gráficos 5 a 9, se muestra el detalle del gasto operacional destinado a la atención cerrada -es decir, las prestaciones que requieren el uso de días cama en el hospital- por egreso equivalente aproximado (en pesos 2019), desglosado según los grupos de complejidades y tamaño de recursos gastados de los recintos analizados<sup>8</sup>.

Cabe mencionar que estos clústeres fueron construidos mediante el método de k-medias, que persigue minimizar la variabilidad dentro de cada conglomerado de hospitales, y maximizar la variabilidad entre los distintos grupos de hospitales. En otras palabras, procura que la conformación de los clústeres permita la agrupación de hospitales lo más similares entre sí, y al mismo tiempo, que en promedio sean lo más lejano al resto de grupos de hospitales.

En el gráfico 5 se aprecian importantes brechas de la eficiencia del gasto hospitalario entre los distintos hospitales de más baja complejidad, en cuya agrupación es posible observar diferencias entre los hospitales más eficientes y los menos eficientes que van aproximadamente entre un 11% y un 93% en términos de su gasto ejecutado por egreso equivalente. En el respectivo sub-grupo de hospitales de menor tamaño de recursos, destaca, por ejemplo, el caso del Hospital San Juan de Dios de Los Andes, quien presenta un gasto por egreso equivalente menor a \$ 1,5 millones, en tanto que el Hospital San José de Melipilla, teniendo un nivel similar de complejidad y de volumen de gasto operacional, exhibe un gasto por egreso equivalente superior a \$ 2,7 millones, lo que representa un 87% de mayor gasto por paciente equivalente. Esta diferencia de eficiencia lleva a que el Hospital San Juan de Dios de Los Andes haya gastado en atención cerrada en 2019 aproximadamente \$ 11.152 millones (menor que los \$ 12.010 millones ejecutados estimativamente por el hospital San José de Melipilla), pero con una mayor producción equivalente, acercándose a los 7.715 egresos GRD hospitalarios para el primer hospital, comparado con solo 4.447 egresos GRD hospitalarios para el segundo recinto.

Una brecha de magnitud similar se observa en el caso de los hospitales ubicados en el rango de gasto operacional que va entre 41 mil y 52 mil millones de pesos. En este sub-grupo, el Hospital El Pino de San Bernardo presenta el menor gasto por egreso equivalente, con aproximadamente \$ 1,8 millones de pesos por egreso equivalente; en la vereda opuesta, se encuentra el Hospital Regional de Coyhaique, el cual alcanza un gasto por egreso equivalente cercano al doble del primero, llegando casi a los \$ 3,6 millones, aun cuando ambos hospitales presentan una condición de complejidad de pacientes y un nivel gasto en atención cerrada muy similar. Esta diferencia en la eficiencia del gasto de ambos hospitales se refleja en sus niveles de productividad, pues a pesar de que el Hospital El Pino de San Bernardo habría gastado en 2019 en atención cerrada estimativamente un poco más \$ 21.838 millones (cifra menor a lo ejecutado por el Hospital Regional de Coyhaique, que alcanzó casi los \$ 27.990 millones), su producción

<sup>7</sup> Las cifras detalladas que dan origen a los cálculos obtenidos pueden consultarse en el anexo 4.2

<sup>8</sup> En el anexo 4.1 puede consultarse el listado de hospitales analizados y los grupos de complejidad y de tamaño del gasto a los cuales fueron asignados en base al algoritmo de clustering

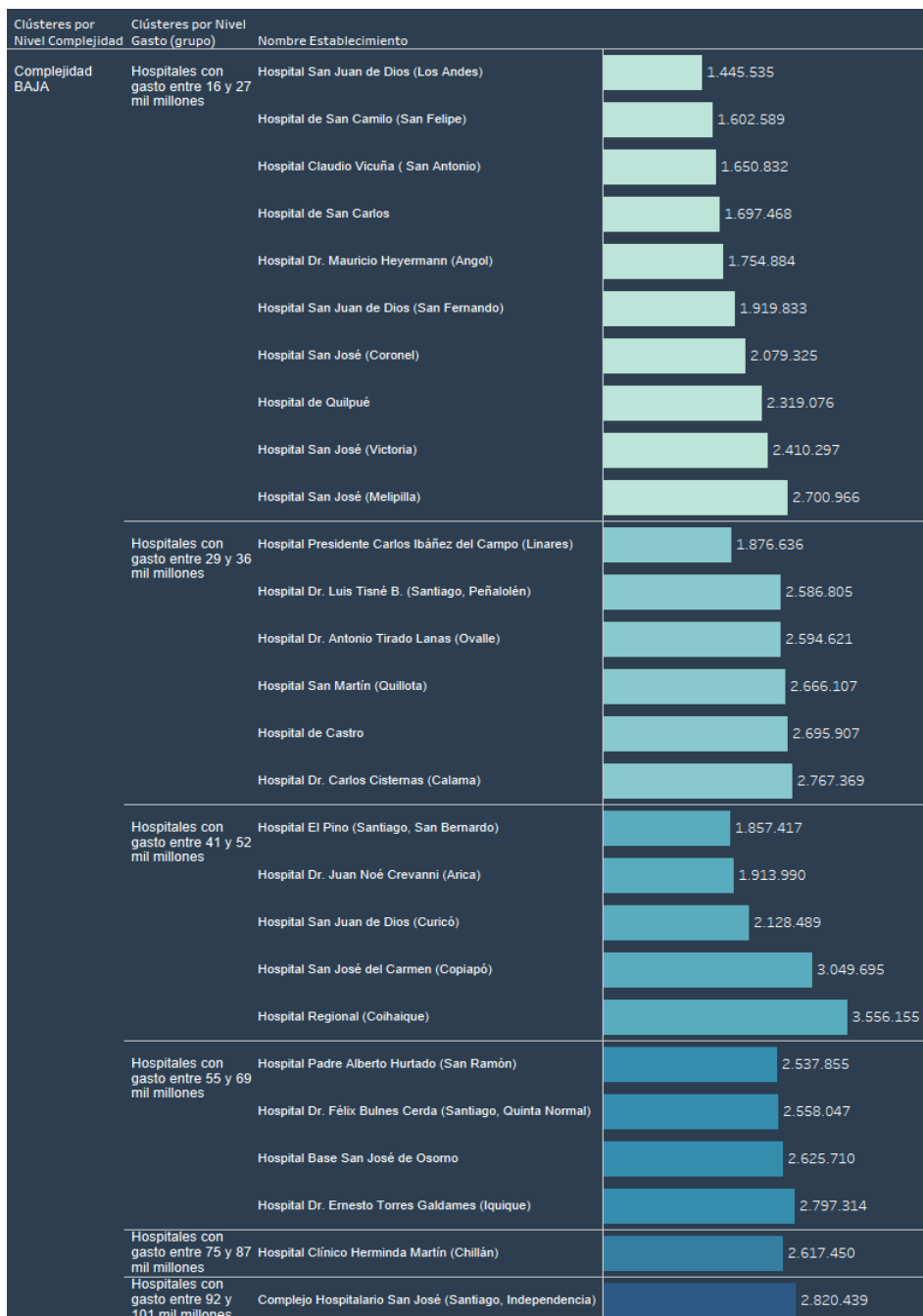




medida en egresos equivalentes fue muy superior a la alcanzada por este último recinto, llegando a 11.757 egresos versus los 7.871 que exhibe el establecimiento de la Región de Aysén.

**Gráfico 5**

Comparativa de Gasto por Egreso Equivalente (ajustado x complejidad) por cada hospital clasificado en complejidad Baja, según nivel de gasto ejecutado (en pesos 2019), 2019.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la plataforma Presupuesto Abierto (gasto), del DEIS-MINSAL (egresos hospitalarios), y Panel de Gestión Hospitalaria del Observatorio Ciudadano MINSAL (índices de complejidad)



Asimismo, en el gráfico 6 se reflejan las comparativas de gasto por egreso equivalente para el caso de los hospitales que fueron clasificados en el análisis de clustering como **hospitales de Media-Baja Complejidad**. Al igual que en el grupo de hospitales de Baja Complejidad, es posible evidenciar importantes brechas de la eficiencia del gasto hospitalario por egreso equivalente. En esta agrupación las diferencias entre los hospitales más eficientes y los menos eficientes van aproximadamente entre un 3% y un 90% en términos de su gasto por egreso equivalente.

**Gráfico 6**

Comparativa de Gasto por Egreso Equivalente (ajustado x complejidad) por cada hospital clasificado en complejidad Media-Baja, según nivel de gasto ejecutado (en pesos 2019), 2019

Clústeres por Nivel Complejidad	Clústeres por Nivel Gasto (grupo)	Nombre Establecimiento	
Complejidad MEDIA-BAJA	Hospitales con gasto entre 29 y 36 mil millones	Hospital Dr. Exequiel González Cortés (Santiago, San Miguel)	2.400.341
	Hospitales con gasto entre 55 y 69 mil millones	Hospital San Pablo (Coquimbo)	2.330.233
		Hospital San Juan de Dios (La Serena)	2.392.591
		Hospital Clínico de Magallanes Dr. Lautaro Navarro Avaria	2.980.993
	Hospitales con gasto entre 75 y 87 mil millones	Hospital Las Higueras (Talcahuano)	1.899.404
		Hospital Clínico Regional (Valdivia)	2.402.279
		Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)	2.466.563
		Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada	2.688.507
		Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Díaz Inzunza	3.619.573
	Hospitales con gasto entre 92 y 101 mil millones	Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca)	1.951.252
		Hospital Regional de Rancagua	2.193.796
		Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Ángeles)	2.452.152
		Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)	2.593.588
	Hospitales con gasto entre 105 y 111 mil millones	Hospital de Puerto Montt	3.429.374
	Hospitales con gasto entre 119 y 131 mil millones	Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel)	2.576.127
		Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)	3.078.158
		Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago)	3.892.472
	Hospitales con gasto entre 155 y 161 mil millones	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto)	7.837.002

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la plataforma Presupuesto Abierto (gasto), del IES-MINSAL (porcentaje del gasto en atención primaria en base a estudio DESAL, 2017), del DEIS-MINSAL (egresos hospitalarios), y Panel de Gestión Hospitalaria del Observatorio Ciudadano MINSAL (índices de complejidad)



El caso más destacable del gráfico anterior se presenta en el sub-grupo de hospitales ubicados en el rango de gasto operacional que va entre 75 mil y 87 mil millones de pesos. En este sub-grupo es el Hospital Las Higueras de Talcahuano el que presenta el menor gasto por egreso equivalente, llegando a los \$ 1,9 millones de pesos, y en contrapartida, se posiciona en el otro extremo el Hospital Clínico Metropolitano La Florida, el cual alcanza un gasto por egreso equivalente que casi duplica el del primero, llegando casi a los \$ 3,6 millones, aun cuando ambos hospitales se encuentran en una condición de complejidad de pacientes y un nivel gasto en atención cerrada muy cercano. La brecha entre ambos hospitales representa una diferencia de casi un 91% en sus gastos por unidad equivalente. A mayor detalle, incluso, es posible apreciar que el Hospital Las Higueras tiene un gasto menor en atención cerrada en 2019 (en torno a los \$ 37.931 millones) frente a los \$ 50.587 millones aproximados que ejecutó el Hospital Clínico Metropolitano de La Florida, y adicionalmente un índice de complejidad (peso medio GRD) en el mismo periodo superior (con 0,961 en Las Higueras versus un 0,880 en La Florida), y en contraste, la producción equivalente del primero alcanzó 19.970 egresos, un 43% por encima de los 13.976 egresos exhibidos por el segundo recinto).

Luego, si se analiza los grupos siguientes de hospitales con mayores niveles de complejidad, es factible identificar también ciertas brechas entre los distintos recintos comparados según sub-grupos asociados al volumen de su gasto operacional. No obstante, también es notorio observar que tales diferencias son de menor magnitud que las identificadas en los grupos anteriores de menor complejidad. En el gráfico 7 se reflejan las comparativas de gasto por egreso equivalente para el caso de los hospitales que fueron clasificados en el análisis de clustering como hospitales de Media Complejidad. A diferencia de los dos grupos anteriores, las brechas de eficiencia entre los hospitales más eficientes y los menos eficientes se mueven en una banda muy acotada, las cuales se presentan específicamente en dos pares de hospitales que el algoritmo de clustering permitió agrupar: el Hospital Dr. Eduardo Pereira de Valparaíso con el Instituto Traumatológico (a favor de este último con un diferencia entre su gasto por egreso equivalente en torno a un 4,7%), y el Hospital del Salvador con el Hospital San Juan de Dios de Santiago, con una diferencia en términos de su gasto por egreso equivalente que alcanza el 4,5% a favor del último.

### Gráfico 7

Comparativa de Gasto por Egreso Equivalente (ajustado x complejidad) por cada hospital clasificado en complejidad Media, según nivel de gasto ejecutado (en pesos 2019), 2019

Clústeres por Nivel Complejidad	Clústeres por Nivel Gasto (grupo)	Nombre Establecimiento	
Complejidad MEDIA	Hospitales con gasto entre 16 y 27 mil millones	Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer	2.184.321
		Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso)	2.286.309
	Hospitales con gasto entre 41 y 52 mil millones	Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia)	2.534.835
		Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)	1.925.458
	Hospitales con gasto entre 105 y 111 mil millones	Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago)	2.669.287
		Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia)	2.789.490
Hospitales con gasto entre 155 y 161 mil millones	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción)	3.343.374	

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la plataforma Presupuesto Abierto (gasto), del IES-MINSAL (porcentaje del gasto en atención primaria en base a estudio DESAL, 2017), del DEIS-MINSAL (egresos hospitalarios), y Panel de Gestión Hospitalaria del Observatorio Ciudadano MINSAL (índices de complejidad)



En los siguientes dos gráficos, se presentan las comparativas de gasto por egreso equivalente de grupos más pequeños de hospitales asociados a niveles de **complejidad Media-Alta y Alta**, de acuerdo a los resultados obtenidos por el algoritmo de clustering. Considerando que cada una de dichas agrupaciones tiene tan solo dos recintos hospitalarios, al efectuar el contraste según sub-grupos asociados al volumen de recursos gastados, no fue posible establecer emparejamientos para su contraste de eficiencia (ambos pares de hospitales no pertenecían al mismo sub-grupo de nivel de gasto). Sin embargo, si comparamos el gasto por egreso equivalente, en el caso de ambas parejas de hospitales, ignorando con ello las sub-agrupaciones por tamaño de sus recursos gastados, vemos entonces que las brechas de eficiencia en los hospitales de complejidad Media-Alta se encuentra en torno a un 15% aproximadamente (a favor del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna por sobre el Hospital de Urgencia de Asistencia Pública), de acuerdo a lo que se muestra en gráfico 8, y en una magnitud muy similar en el caso de los hospitales de complejidad Alta (14%), a favor del Instituto de Neurocirugía por sobre el Instituto del Tórax (gráfico 9).

### Gráfico 8

Comparativa de Gasto por Egreso Equivalente (ajustado x complejidad) por cada hospital clasificado en complejidad Media-Alta, según nivel de gasto ejecutado (en pesos 2019)

Clústeres por Nivel Complejidad	Clústeres por Nivel Gasto (grupo)	Nombre Establecimiento	
Complejidad MEDIA-ALTA	Hospitales con gasto entre 41 y 52 mil millones	Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia)	3.102.859
	Hospitales con gasto entre 55 y 69 mil millones	Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río	3.574.212

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la plataforma Presupuesto Abierto (gasto), del IES-MINSAL (porcentaje del gasto en atención primaria en base a estudio DESAL, 2017), del DEIS-MINSAL (egresos hospitalarios), y Panel de Gestión Hospitalaria del Observatorio Ciudadano MINSAL (índices de complejidad)

### Gráfico 9

Comparativa de Gasto por Egreso Equivalente (ajustado x complejidad) por cada hospital clasificado en complejidad Alta, según nivel de gasto ejecutado (en pesos 2019)

Clústeres por Nivel Complejidad	Clústeres por Nivel Gasto (grupo)	Nombre Establecimiento	
Complejidad ALTA	Hospitales con gasto entre 16 y 27 mil millones	Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo	2.673.219
	Hospitales con gasto entre 29 y 36 mil millones	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica	3.058.214

Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos de la plataforma Presupuesto Abierto (gasto), del DEIS-MINSAL (egresos hospitalarios), y Panel de Gestión Hospitalaria del Observatorio Ciudadano MINSAL (índices de complejidad)

En consecuencia, en base al análisis desarrollado es posible evidenciar que, a raíz de las brechas de eficiencia detectadas que oscilan entre un 3% y un 93% entre aquellos hospitales más eficientes frente a los menos eficientes, el potencial ahorro de gasto hospitalario puede llegar a ser significativo si se reducen estas diferencias. A modo de estimación, en un escenario



conservador, si todos los hospitales con menores niveles de eficiencia respecto al valor de la mediana de cada sub-grupo analizado llegaran a disminuir su gasto por egreso equivalente hasta dicho valor, **el ahorro potencial podría alcanzar los \$ 90.982 millones anuales (USD 129 millones)**, lo que representa aproximadamente un 4,5% del gasto en atención cerrada de los hospitales analizados en 2019. Ahora, en un escenario más exigente, si a cada hospital se le pide converger al mismo nivel de gasto por egreso equivalente que presenta el mejor recinto de cada sub-grupo, **el ahorro potencial podría alcanzar hasta los \$ 235.167 millones (USD 334 millones)**, lo que representa aproximadamente un 11,6% del gasto en atención cerrada de los hospitales analizados en 2019. En ambos escenarios de estimación, el mayor potencial de ahorro de gasto hospitalario estaría concentrado en el grupo de hospitales clasificados como de “Complejidad Media-Baja”, considerando que este clúster aglutina más del 45% de los egresos hospitalarios equivalentes calculados para los 56 hospitales analizados.

No obstante lo anterior, dado que la métrica de comparación está basada en egresos hospitalarios equivalentes, **en teoría también podrían compararse los niveles de eficiencia de los hospitales, dentro de clusters conformados solo según el nivel de complejidad (sin considerar diferencias en los tamaños de los presupuestos)**. Considerando esta opción alternativa, las brechas de eficiencia detectadas pueden llegar a ser hasta 2,5 veces entre los hospitales más eficientes versus los menos eficientes, dentro de un mismo nivel de complejidad. En otras palabras, **el hospital menos eficiente de un grupo de complejidad similar, puede tener un gasto 2,5 veces mayor por egreso equivalente que el hospital más eficiente del mismo grupo**. En este caso, **el ahorro potencial anual de los hospitales menos eficientes podría fluctuar entre los \$162.394 millones (USD 231 millones)** si éstos convergieran al gasto por egreso equivalente de la mediana de los hospitales de cada grupo, y hasta **\$ 594.929 millones (USD 846 millones)** si todos los recintos disminuyeran su gasto por paciente al valor alcanzado por el hospital más eficiente de cada grupo, representando ambas cifras entre un 8% y un 29% del gasto en atención cerrada anual en 2019. Esta situación refleja el alto grado de variabilidad de los niveles de eficiencia entre los distintos hospitales analizados (que están adscritos al sistema GRD y que tienen sus niveles de complejidad promedio publicados en la plataforma del Observatorio Ciudadano del MINSAL).

Es probable que existan factores externos que explican al menos una parte de las brechas detectados en la eficiencia hospitalaria, como: (i) el perfil de los pacientes (la carga de enfermedades, las diferencias en los tramos etarios y sus edades, e incluso las características socio delictuales de la zona de influencia territorial de los recintos); (ii) las características de la oferta hospitalaria de cada recinto (el tipo de infraestructura, las especialidades médicas disponibles, los servicios de apoyo que dispone el hospital) y (iii) a la capacidad de gestión de cada establecimiento (gestión de la programación de los pacientes, nivel de integración de la red a la que pertenecen, el grado de diversidad de GRD), entre otros. No obstante, se considera que las diferencias de eficiencia detectadas también están influidas por grados de ineficiencia en la gestión de los recursos. La pregunta clave, entonces, es saber cuánto de estas brechas están explicadas por problemas efectivos de eficiencia en la gestión del gasto hospitalario. Esto es justamente el desafío que el sistema público debe enfrentar al fortalecer la transparencia del gasto GRD, desagregado por diagnósticos, y corregidos según todos los factores antes expuestos.



## b. Otra información de interés acerca del gasto hospitalario<sup>9</sup>

Adicional a los datos de eficiencia o productividad hospitalaria, es relevante avanzar también en la apertura de datos complementarios acerca de la composición o distribución del gasto hospitalario. En el gráfico 10, se visualiza una primera desagregación estimativa del gasto hospitalario según macroagrupaciones (capítulos) que contienen los diagnósticos CIE-10 registrados en el sistema de atención<sup>10</sup>, y las magnitudes de recursos que consumen. Estos datos son estimativos, porque replican la distribución porcentual del gasto en cada grupo de diagnóstico según los datos disponibles de 2014, aplicados a modo de ejercicio, al gasto de 2018. Se pueden observar los grupos de diagnósticos que generan más egresos hospitalarios (ancho de cada barra), y al mismo tiempo, aquellos que demandan un mayor gasto de recursos en el sistema de salud (mayor altura de la barra). Adicionalmente, pueden observarse aquellos grupos de patologías que generan un mayor gasto por paciente (color más intenso de la barra). De estas cifras estimativas, destacan el gran consumo de recursos y la alta frecuencia de las enfermedades relacionadas con el sistema digestivo, respiratorio, circulatorio y el embarazo, parto y puerperio.

**Gráfico 10**

Composición aproximada del gasto hospitalario total en atención cerrada (2018), del número de egresos hospitalarios y el gasto por egreso, según capítulos de grupos de diagnóstico CIE – 10

(cifras monetarias expresadas en millones de pesos 2018)



<sup>9</sup> Las gráficas aquí presentadas pueden recorrerse interactivamente en el siguiente [link](#)

<sup>10</sup> Este indicador debe considerarse solo de manera referencial, dado que según cómo opera el registro del sistema GRD, el gasto se distribuye en función del peso relativo que resulte de la composición GRD, y por tanto, no refleja realmente el gasto efectivo asociado a cada grupo de prestación. Adicionalmente, como hoy en día existe un financiamiento estandarizado para estos tipos de prestaciones, es posible agregar indicadores adicionales de interés que considere la comparativa entre el financiamiento y el gasto efectivo de cada prestación, para evaluar desviaciones y brechas en el financiamiento según recinto hospitalario.



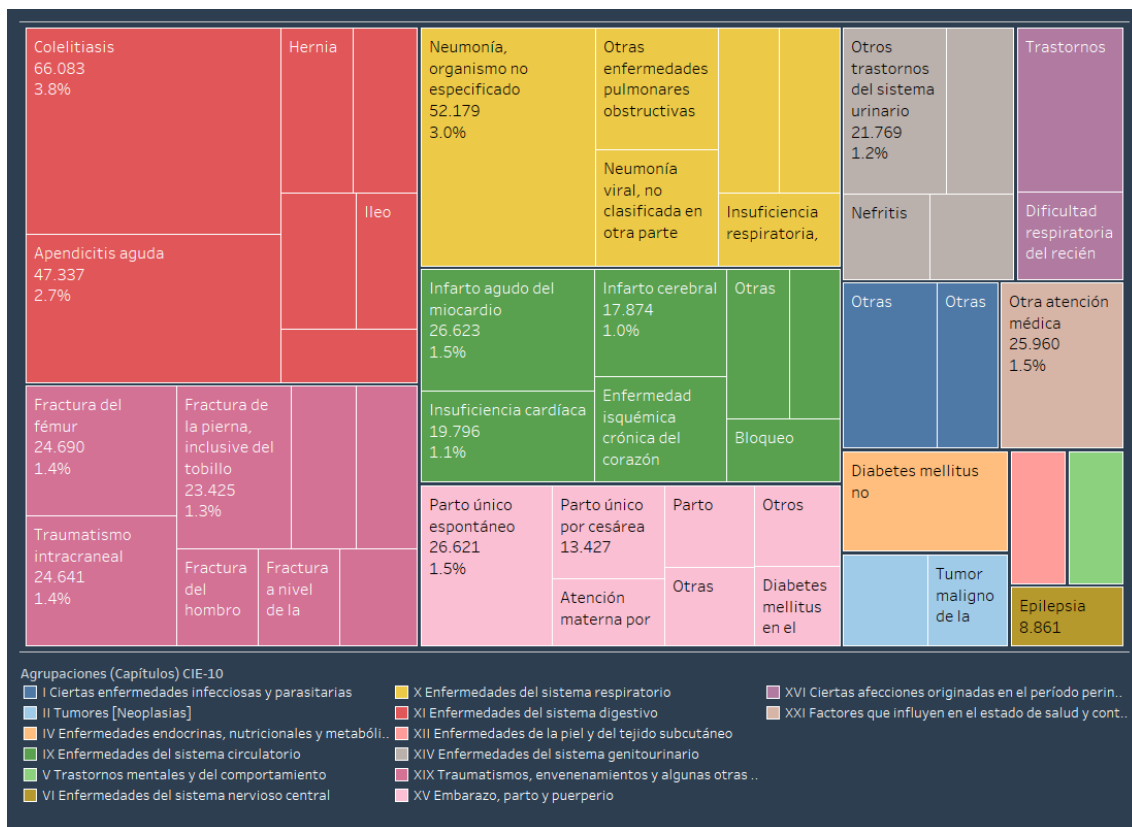
Fuente: Elaboración propia. Datos estimados para 2018 en base a cifras de distribución del gasto hospitalario por enfermedad, según estudio elaborado por DESAL para 2014, y cuyos datos están publicados en el portal IES – MINSAL

Por otro lado, en el gráfico 11 se aprecia un nivel adicional de desagregación, en base a un treemap que muestra la composición y participación porcentual del gasto destinado a cada uno de los 50 grupos de diagnósticos (CIE-10) que más gasto hospitalario generaron en 2018. Con esta gráfica, rápidamente **es posible observar cuáles son las enfermedades que más consumen recursos en el sistema público, y cuál es su peso relativo dentro del gasto hospitalario total**, destacándose enfermedades como la Colelitiasis, la Apendicitis Aguda, la Neumonía (viral y por organismo no especificado) y el Parto Único Espontáneo, entre las patologías o atenciones necesarias que más pesan en el gasto hospitalario. En futuro, esta información debiese segmentarse según grupos etarios y sexo de los pacientes para un mayor valor en su reportabilidad al ciudadano.

### Gráfico 11

Distribución aproximada del Gasto hospitalario 2018 de los 50 grupos de diagnóstico CIE-10 con mayor gasto desembolsado del total atendido en el sistema público de salud

(cifras expresadas en millones de pesos)



Fuente: Elaboración propia. Datos estimados para 2018 en base a cifras de distribución del gasto hospitalario por enfermedad, según estudio elaborado por DESAL para 2014, y cuyos datos están publicados en el portal IES – MINSAL

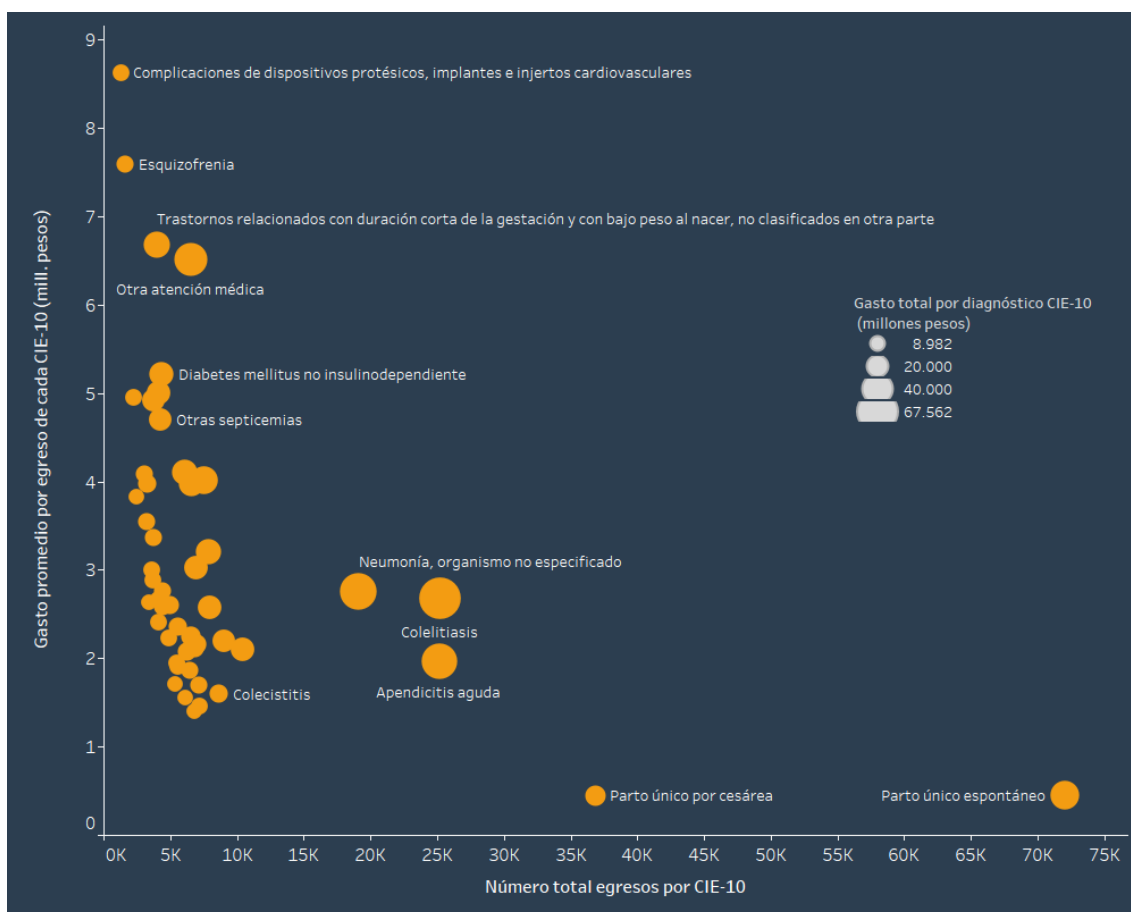
Un análisis también interesante es observar el gasto unitario (por egreso hospitalario equivalente), que demanda cada grupo de diagnóstico CIE-10, contrastado con la frecuencia de atenciones de pacientes para cada grupo, y el tamaño del gasto total hospitalario que consume



cada uno de ellos. El cálculo aproximado de estas cifras, que se presentan en el gráfico 12, muestra que de las 50 patologías que consumen mayor gasto hospitalario cerrado, aquellas que consumen un mayor volumen de gasto total al año (tamaño burbuja) están asociadas a la Colelitiasis, la Neumonía y la Apendicitis Aguda, las cuales generan un gasto por egreso equivalente en un nivel medio (entre 2 y 2,7 millones por paciente en 2018). A su vez, aquellos diagnósticos que presentan por lejos la mayor frecuencia de atenciones (alto número de egresos hospitalarios por dicha causa) están relacionados al parto único espontáneo y al parto por cesárea, con más de 72 mil y 36 mil egresos respectivamente. Sin embargo, éstas constituyen las atenciones con menor gasto por paciente equivalente (en torno a 450 mil pesos promedio en 2018). En contraste, se aprecia que las patologías asociadas a “complicaciones de dispositivos protésicos, implantes e injertos cardiovasculares” y la “esquizofrenia” son las que presentan la menor frecuencia entre los 50 diagnósticos seleccionados (con 1.280 y 1598 egresos en 2018, respectivamente), pero que demandan un gasto por egreso equivalente altísimo, llegando a superar aproximadamente los 8,6 y 7,6 millones de pesos en 2018, respectivamente.

### Gráfico 12

Gasto por egreso hospitalario, número de egresos totales y el gasto total por cada uno de los 50 diagnósticos CIE -10 que consumen mayor gasto hospitalario anual en el sistema público (cifras monetarias expresadas en millones de pesos)



Fuente: Elaboración propia. Datos estimados para 2018 en base a cifras de distribución del gasto hospitalario por enfermedad, según estudio elaborado por DESAL para 2014, y cuyos datos están publicados en el portal IES – MINSAL





Por otra parte, si se dispusiera de forma pública los datos del gasto GRD por diagnóstico y sus pesos relativos para cada hospital, también podría visualizarse la comparación del gasto entre hospitales de acuerdo a los grupos de diagnóstico más frecuentes, segmentados según clústeres de complejidad de establecimientos (tomando como base GRD = costo medio), profundizando y combinando de esta manera los análisis presentados anteriormente. De esta manera, se podría rápidamente identificar aquellos hospitales que están por sobre una medida de tendencia central (como la mediana), y aquellos que están por debajo, en términos del gasto promedio que consumen en cada una de las atenciones asociadas a los respectivos diagnósticos analizados (todas las cifras deben estar corregidas según el factor de complejidad asociado a cada patología, para que sea comparable las métricas del análisis).

Cabe indicarse que los gráficos de esta sección se han presentado a modo de ejemplo para enriquecer un futuro estándar de transparencia de estos datos, sea durante el año, o como reporte específico para la Ley de Presupuestos, junto con los datos de eficiencia hospitalaria. Conocer mejor cuánto Chile gastó por enfermedad, es además un dato muy relevante a la hora de pensar cómo invertir también en prevenir mejor las distintas patologías que más recursos consumen en el sistema público.

Adicional a los datos analizados, es importante que avance en la publicación de una serie de indicadores comparativos a nivel general, que permita dar al ciudadano una visión global de la gestión y la eficiencia en el uso de los recursos asignados a cada hospital, de acuerdo a los territorios y regiones donde tienen sus áreas de influencia. En el anexo 4.3 se presenta una propuesta en esta línea.

Adicional a los datos presentados, es posible abrir indicadores en áreas más específicas de la gestión hospitalaria, que son de carácter estratégico para los recintos. En este sentido, por ejemplo, una de las tantas áreas sensibles en un hospital dice relación con la gestión del arsenal farmacológico que dispone. Se trata de un área de gasto hospitalario que ha crecido significativamente en los últimos 10 años -sobre un 30% anual-, y que tiene escasos niveles de transparencia y altos riesgos de corrupción.

En este sentido, el Observatorio ha realizado una propuesta, coordinada por la ex directora hospitalaria Begoña Yarza<sup>11</sup> para la medición de la gestión en esta área, con indicadores comparativos por hospital y las fuentes de información que los alimentarían, la cual puede ser revisada en detalle en el anexo 4.4.

---

<sup>11</sup> Gestión de Fármacos en las instituciones de salud del Estado, Begoña Yarza, Mayo 2020, Observatorio del Gasto Fiscal.



### 3. Conclusiones

Falta mucho por avanzar en la transparencia del gasto y de los resultados hospitalarios, ajustados por complejidad, proveniente del sistema de registro GRD. Disponibilizar información respectiva permitiría que se conozcan aquellos hospitales más ineficientes en el uso de los recursos, y que se destaquen también los más eficientes. Permitir un *benchmark* permanente en materia de eficiencia entre los hospitales públicos, daría en especial incentivos a los hospitales menos eficientes, a mejorar su gestión o a explicar mejor las razones de sus gastos excesivos.

En este documento se ha expresado:

- a) Un análisis estimativo acerca de las diferencias de eficiencia del gasto hospitalario de los 56 hospitales analizados (adscritos al sistema de registro GRD) y con datos publicados en la plataforma del Observatorio Ciudadano del MINSAL en 2019, considerando los limitados datos disponibles. **Se detectaron brechas que van entre un 3% y hasta 93% entre aquellos recintos más eficientes respecto a los menos eficientes en relación a su gasto por egreso equivalente**, considerando para las comparaciones (i) similares niveles de complejidad y (ii) un tamaño similar de recursos gastados. A su vez, se identificó una tendencia a que esta brecha aumenta su magnitud mientras menor es la complejidad de los hospitales comparados, y mientras menor es el volumen del gasto hospitalario.
- b) A raíz de estas diferencias, **se estima que el potencial de ahorro del gasto hospitalario de aquellos hospitales más ineficientes en cada grupo analizado podría ubicarse entre \$ 91 mil millones y \$ 235 mil millones anuales (entre USD 129 y 334 millones), lo que representaría entre un 4,5% y 11,6% del gasto total anual en atención cerrada de los hospitales analizados.**
- c) Este ahorro potencial podría llegar incluso **a más de \$ 594 mil millones (USD 846 millones aprox.)** si las diferencias se calculan agrupando a los hospitales solo por su complejidad (y no conformando clusters adicionales según tamaño de presupuesto). **Lo anterior representa aproximadamente un 29% del gasto anual en atención cerrada de los recintos analizados.**
- d) Además, se presenta una estimación de distribución del gasto hospitalario por grupos de diagnósticos, a modo de ejemplo, usando datos referenciales publicados en el portal IES-MINSAL del año 2014, para **ilustrar el valor que tendría la publicación de estos datos**. En futuro, poder **observar anualmente -con datos precisos y actualizados- cuáles son las enfermedades que más recursos consumen en el sistema público, y cuál es su peso relativo dentro del gasto hospitalario total**, segmentado según grupos etarios, género y región, será importante no solo como parte de una futura rendición de cuentas del gasto hospitalario, sino también para poner una mayor atención en el debate sobre la prevención de estas enfermedades.
- e) Finalmente, se incluye en este documento una propuesta de indicadores generales y específicos para la evaluación comparativa de la gestión hospitalaria (anexos 4.3 y 4.4).

Presentar estos datos desde FONASA -o desde una sección de la web del Ministerio de Salud-, por recinto hospitalario, en formato de un *dashboard que se actualice periódicamente*, daría luces importantes sobre la eficiencia comparativa de cada hospital. Con ello, se podría avanzar hacia una rendición de cuentas más real y útil del gasto hospitalario, junto con alinear los incentivos para avanzar hacia un gasto público más eficiente. **Afortunadamente, de acuerdo a información proporcionada por FONASA, se estaría trabajando en el desarrollo de un panel de datos donde se incluya la publicación abierta de datos que vayan en la dirección planteada.** En este sentido,



de concretarse dicho trabajo desde FONASA, sería un aporte de suma relevancia estratégica, dado que post pandemia, el país se va a enfrentar con una importante deuda sanitaria (listas de espera) a atender, que hará presión sobre diversas modernizaciones del sistema. Sencillamente pensar aumentar el gasto público, para atender esa deuda sanitaria, es ilusorio si no se acompaña por reformas estructurales que facilitan avanzar hacia una mayor eficiencia del gasto hospitalario. Una de esas reformas, es una mayor transparencia del sistema de salud.



## 4. Anexos

Anexo 4.1: Listado de hospitales públicos analizados con datos de complejidad de casos publicados para 2019 en el panel de Gestión Hospitalaria del MINSAL, y agrupaciones otorgadas de niveles de complejidad y tamaño del gasto (según algoritmo de clustering)

Clústeres por Nivel Gas..	Clústeres por Nivel Complejidad				
	Complejidad BAJA	Complejidad MEDIA-BAJA	Complejidad MEDIA	Complejidad MEDIA-ALTA	Complejidad ALTA
Hospitales con gasto entre 16 y 27 mil millones	Hospital Claudio Vicuña ( San Antonio) Hospital de Quilpué Hospital de San Camilo (San Felipe) Hospital de San Carlos Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol) Hospital San José (Coronel) Hospital San José (Melipilla) Hospital San José (Victoria) Hospital San Juan de Dios (Los Andes) Hospital San Juan de Dios (San Fernando)		Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso) Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer		Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo
Hospitales con gasto entre 29 y 36 mil millones	Hospital de Castro Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas (Ovalle) Hospital Dr. Carlos Cisternas (Calama) Hospital Dr. Luis Tisné B. (Santiago, Peñalolén) Hospital Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares) Hospital San Martín (Quillota)	Hospital Dr. Exequiel González Cortés (Santiago, San Miguel)			Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica
Hospitales con gasto entre 41 y 52 mil millones	Hospital Dr. Juan Noé Crevanni (Arica) Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo) Hospital Regional (Coihaique) Hospital San José del Carmen (Copiapó) Hospital San Juan de Dios (Curicó)		Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia)	Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia)	



## Eficiencia del gasto hospitalario en Chile

Clústeres por Nivel Gas..	Clústeres por Nivel Complejidad			
	Complejidad BAJA	Complejidad MEDIA-BAJA	Complejidad MEDIA	Complejidad MEDIA-ALTA
Hospitales con gasto entre 55 y 69 mil millones	Hospital Base San José de Osorno Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique) Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda (Santiago, Quinta Normal) Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón)	Hospital Clínico de Magallanes Dr. Lautaro Navarro Avaria Hospital San Juan de Dios (La Serena) Hospital San Pablo (Coquimbo)		Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río
Hospitales con gasto entre 75 y 87 mil millones	Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)	Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso) Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Díaz Inzunza Hospital Clínico Regional (Valdivia) --		
Hospitales con gasto entre 92 y 101 mil millones	Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia)	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Ángeles) Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca) Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta) Hospital Regional de Rancagua	Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)	
Hospitales con gasto entre 105 y 111 mil millones		Hospital de Puerto Montt	Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia) Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago)	
Hospitales con gasto entre 119 y 131 mil millones		Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel) Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago) Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)		
Hospitales con gasto entre 155 y 161 mil millones		Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto)	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción)	

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos publicados por el DEIS-MINSAL, Presupuesto Abierto DIPRES y panel de Gestión Hospitalaria del Observatorio Ciudadano MINSAL.



Anexo 4.2: Datos utilizados para aproximar el gasto en atención cerrada, número de egresos equivalentes y gasto operacional por egreso equivalente según hospitales adscritos al sistema GRD en 2019 y publicados (agrupado por nivel de complejidad y tamaño de recursos)

Clústeres por Nivel Complejidad	Clústeres por Nivel Gasto	Nombre Establecimiento	Gasto operacional (subt. 21 y 22) (en mill. pesos) 2019	Gasto en atención cerrada 2019	Egresos hospitalarios equivalentes 2019	Gasto hospitalario equivalente 2019	Índice Complejidad 2019_octubre
Complejidad BAJA	Hospitales con gasto entre 16 y 27 mil millones	Hospital San Juan de Dios (Los Andes)	22,980	11,152.2	7,715	1,445,535	0.849
		Hospital de San Camilo (San Felipe)	26,763	14,741.1	9,198	1,602,589	0.833
		Hospital Claudio Vicuña ( San Antonio)	21,498	8,990.5	5,446	1,650,832	0.706
		Hospital de San Carlos	20,363	8,805.0	5,187	1,697,468	0.702
		Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol)	21,210	9,158.5	5,219	1,754,884	0.673
		Hospital San Juan de Dios (San Fernando)	25,823	13,887.6	7,234	1,919,833	0.806
		Hospital San José (Coronel)	16,755	8,667.4	4,168	2,079,325	0.618
		Hospital de Quilpué	25,698	12,841.3	5,537	2,319,076	0.758
		Hospital San José (Victoria)	22,721	13,441.7	5,577	2,410,297	0.763
		Hospital San José (Melipilla)	21,204	12,009.9	4,447	2,700,966	0.634
	Hospitales con gasto entre 29 y 36 mil millones	Hospital Presidente Carlos Ibáñez del Campo (Linares)	32,995	20,183.0	10,755	1,876,636	0.792
		Hospital Dr. Luis Tisné B. (Santiago, Peñalolén)	36,326	30,045.2	11,615	2,586,805	0.743
		Hospital Dr. Antonio Tirado Lanús (Ovalle)	33,948	17,109.8	6,594	2,594,621	0.735
		Hospital San Martín (Quillota)	32,256	19,489.1	7,310	2,666,107	0.766
		Hospital de Castro	29,158	15,940.7	5,913	2,695,907	0.816
		Hospital Dr. Carlos Cisternas (Calama)	32,735	19,637.7	7,096	2,767,369	0.718
	Hospitales con gasto entre 41 y 52 mil millones	Hospital El Pino (Santiago, San Bernardo)	41,908	21,838.3	11,757	1,857,417	0.793
		Hospital Dr. Juan Noé Crevanni (Arica)	51,876	26,150.7	13,663	1,913,990	0.820
		Hospital San Juan de Dios (Curicó)	47,764	25,740.0	12,093	2,128,489	0.808



Eficiencia del gasto hospitalario en Chile

		Hospital San José del Carmen (Copiapó)	45,218	28,582.3	9,372	3,049,695	0.780
		Hospital Regional (Coihaique)	45,667	27,989.3	7,871	3,556,155	0.860
	Hospitales con gasto entre 55 y 69 mil millones	Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón)	64,033	34,577.8	13,625	2,537,855	0.727
		Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda (Santiago, Quinta Normal)	69,493	34,961.9	13,667	2,558,047	0.822
		Hospital Base San José de Osorno	64,323	35,950.1	13,692	2,625,710	0.858
		Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames (Iquique)	66,486	42,045.7	15,031	2,797,314	0.818
	Hospitales con gasto entre 75 y 87 mil millones	Hospital Clínico Herminda Martín (Chillán)	75,105	43,455.8	16,602	2,617,450	0.862
	Hospitales con gasto entre 92 y 101 mil millones	Complejo Hospitalario San José (Santiago, Independencia)	92,085	61,089.2	21,659	2,820,439	0.840
Complejidad MEDIA-BAJA	Hospitales con gasto entre 29 y 36 mil millones	Hospital Dr. Exequiel González Cortés (Santiago, San Miguel)	35,642	17,942.2	7,475	2,400,341	1.020
	Hospitales con gasto entre 55 y 69 mil millones	Hospital San Pablo (Coquimbo)	57,671	30,807.8	13,221	2,330,233	1.006
		Hospital San Juan de Dios (La Serena)	55,242	29,548.9	12,350	2,392,591	0.948
		Hospital Clínico de Magallanes Dr. Lautaro Navarro Avaria	60,923	34,397.1	11,539	2,980,993	0.978
	Hospitales con gasto entre 75 y 87 mil millones	Hospital Las Higueras (Talcahuano)	83,641	37,931.2	19,970	1,899,404	0.961
		Hospital Clínico Regional (Valdivia)	83,305	47,109.0	19,610	2,402,279	0.964
		Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)	80,304	47,299.1	19,176	2,466,563	1.010
		Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Doctor Luis Valentín Ferrada	79,588	42,977.5	15,986	2,688,507	0.938
		Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloisa Díaz Inzunza	87,219	50,587.0	13,976	3,619,573	0.880
		Hospital Dr. César Garavagno Burotto (Talca)	99,670	53,682.3	27,512	1,951,252	1.041



Eficiencia del gasto hospitalario en Chile

	Hospitales con gasto entre 92 y 101 mil millones	Hospital Regional de Rancagua	96,761	48,332.1	22,031	2,193,796	0.998	
		Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz (Los Ángeles)	100,449	58,401.0	23,816	2,452,152	0.897	
		Hospital Dr. Leonardo Guzmán (Antofagasta)	100,169	48,852.4	18,836	2,593,588	0.937	
	Hospitales con gasto entre 105 y 111 mil millones	Hospital de Puerto Montt	110,232	74,792.4	21,809	3,429,374	0.963	
	Hospitales con gasto entre 119 y 131 mil millones	Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel)	121,456	75,254.1	29,212	2,576,127	0.949	
		Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (Temuco)	131,249	98,554.9	32,017	3,078,158	1.054	
		Hospital Clínico San Borja-Arriarán (Santiago, Santiago)	118,574	89,890.9	23,094	3,892,472	0.884	
	Hospitales con gasto entre 155 y 161 mil millones	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río (Santiago, Puente Alto)	160,663	100,478.6	12,821	7,837,002	0.945	
	Complejidad MEDIA	Hospitales con gasto entre 16 y 27 mil millones	Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer	18,625	10,874.5	4,978	2,184,321	1.233
			Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso)	18,906	13,799.5	6,036	2,286,309	1.099
Hospitales con gasto entre 41 y 52 mil millones		Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia)	43,089	25,913.7	10,223	2,534,835	1.111	
Hospitales con gasto entre 92 y 101 mil millones		Hospital Dr. Gustavo Fricke (Viña del Mar)	101,146	45,394.3	23,576	1,925,458	1.191	
Hospitales con gasto entre 105 y 111 mil millones		Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago)	110,873	67,499.5	25,287	2,669,287	1.081	
		Hospital Del Salvador (Santiago, Providencia)	105,067	41,427.9	14,851	2,789,490	1.209	
Hospitales con gasto entre 155 y 161 mil millones		Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente (Concepción)	155,098	100,705.1	30,121	3,343,374	1.114	





Eficiencia del gasto hospitalario en Chile

Complejidad MEDIA- ALTA	Hospitales con gasto entre 41 y 52 mil millones	Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (Santiago, Providencia)	49,681	36,316.8	11,704	3,102,859	1.389
	Hospitales con gasto entre 55 y 69 mil millones	Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río	62,974	39,742.9	11,119	3,574,212	1.328
Complejidad ALTA	Hospitales con gasto entre 16 y 27 mil millones	Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo	22,557	18,553.1	6,940	2,673,219	1.658
	Hospitales con gasto entre 29 y 36 mil millones	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica	33,367	29,469.7	9,636	3,058,214	1.773

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos publicados por el DEIS-MINSAL, Presupuesto Abierto DIPRES y panel de Gestión Hospitalaria del Observatorio Ciudadano MINSAL.



Anexo 4.3: Indicadores generales de resultados y de eficiencia hospitalaria por hospital

Nº	Nombre Indicador	Dimensión de indicador	Forma de cálculo
1	Tasa de intervenciones garantizadas (AUGE/GES) NO atendidas en el año, ajustada por complejidad de casos	Resultados	Número de pacientes con intervenciones pendientes (ajustados por complejidad de casos)
			Número de pacientes registrados en listas programadas de intervención quirúrgica (GES y NO GES)
			Número de egresos GRD hospitalarios x grupo GRD
2	Tiempo Promedio atención de intervenciones AUGE/GES, ajustada por complejidad casos	Resultados (eficiencia atención)	Tiempo total transcurridos en la atención de intervenciones garantizadas (AUGE/GES)
			Nº total de intervenciones garantizadas programadas
3	Satisfacción de usuarios de la red hospitalaria por recinto	Resultados (Calidad)	Nº de usuarios que evaluaron satisfactoriamente los servicios hospitalarios de la red
			Nº total de usuarios de la red hospitalaria que evaluaron el servicio
4	Gasto promedio GRD por egreso hospitalario equivalente según grupo GRD	Eficiencia gasto	Gasto total por atenciones cerradas en hospital según grupo GRD
			Número de egresos GRD hospitalarios x grupo GRD
5	Gasto personal médico y no médico por egreso GRD hospitalario	Eficiencia Gasto	Gasto personal contratado y a honorarios subtítulo 21 (por Hospital)
			Número de egresos GRD hospitalarios x grupo GRD
6	Gasto en insumos/materiales médico-quirúrgico por egreso GRD hospitalario	Eficiencia gasto	Gasto total en insumos y materiales quirúrgicos del hospital (subtítulo 22)
			Número de egresos GRD hospitalarios x grupo GRD
7	Gasto en fármacos por egreso GRD hospitalario	Eficiencia gasto	Gasto total del hospital en subtítulo 22, asignación productos farmacéuticos
			Número de egresos GRD hospitalarios x grupo GRD
8	Número de egresos hospitalarios equivalentes en relación a la dotación de camas disponibles / Número de horas contratadas de personal médico y paramédico	Producción por unidad de recursos	Número de egresos hospitalarios equivalentes
			Dotación de camas disponibles / Número de horas contratadas de personal médico / paramédico



9	Días Cama Ocupados promedio por egreso	Eficiencia uso recursos	Suma del nº total de camas ocupadas en el año por recinto hospitalario * días ocupación
			Suma del nº total de camas útiles disponibles en el año por recinto hospitalario * días laborales del año
10	Nº médicos especialistas por cada paciente equivalente	Recursos disponibles por paciente equivalente	Número de pacientes (equivalentes) atendidos en el hospital en el año
			Nº médicos especialistas contratados en el hospital
11	Enfermeros/as y personal paramédico x paciente equivalente	Recursos disponibles por paciente equivalente	Número de pacientes (equivalentes) atendidos en el hospital en el año
			Nº enfermeros /as y personal no médico contratados en el hospital

Fuente: Elaboración propia.



**Anexo 4.4 Otros indicadores específicos: evaluación comparativa de la gestión de fármacos en recintos hospitalarios**

Indicador	Ámbito	Cálculo
Gasto en fármacos por unidad productiva (UP) indicador anual	Gestión clínica	Gasto total en fármacos por hospital (asignación productos farmacéuticos)
		Nº Unidades productivas hospitalarias (UPH)
% de medicamentos recetados incluidos en el Arsenal Farmacológico del hospital por egreso	Gestión clínica	Nº medicamentos recetados incluidos en el arsenal farmacológico
		Nº total de medicamentos incluidos en el arsenal farmacológico
% de medicamentos comprados que están incluidos en el Arsenal farmacológico del establecimiento.	Gestión clínica	Nº medicamentos comprados que están incluidos en el arsenal farmacológico
		Nº total de medicamentos comprados por el Hospital
Fármacos facturados y adjudicados por el hospital vs CENABAST	Gestión clínica	Montos de compras adjudicadas y facturas por el hospital
		Montos de compras adjudicadas y facturadas por CENABAST + Hospital
% Adhesión a protocolos GES 1. Insuficiencia renal crónica 2. Diabetes mellitus I y II 3. HIV	Gestión clínica	Nº protocolos GES adheridos por el hospital
		Nº total de protocolos GES
Pacientes con proceso de conciliación al alta	Gestión clínica	Nº pacientes con proceso de conciliación al alta
		Nº pacientes atendidos
% Dispensación completa y oportuna de las recetas.	Seguridad	Nº recetas con dispensación completa de fármacos en menos de x días
		Nº recetas totales emitidas
Porcentaje de pacientes con profilaxis adecuada por intervención quirúrgica (crear registro)	Seguridad	Nº pacientes con profilaxis adecuada por intervención quirúrgica
		Nº pacientes totales con intervenciones quirúrgicas
Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria por egreso	Seguridad	Nº infecciones asociadas a la atención sanitaria
		Nº total de egreso GRD hospitalarios
Reingresos por error en la medicación.	Seguridad	Nº de reingresos por errores en la medicación
		Nº total de egreso GRD hospitalarios
% medicamentos comprados fuera del Arsenal de medicamentos del establecimientos	Eficiencia logística	Nº medicamentos comprados fuera del arsenal farmacológico
		Nº total de medicamentos comprados por el Hospital



% de tratos directos del total de compras de medicamentos (en pesos)	Eficiencia logística	Nº de órdenes de compra de medicamentos por trato directo
		Nº total de órdenes de compra de medicamentos
% de medicamentos genéricos con BDP del total de compra de medicamentos (en pesos)	Eficiencia logística	Nº medicamentos genéricos con BDP comprados
		Nº total de medicamentos comprados por el Hospital
Porcentaje de medicamentos eliminados por vencimiento en pesos	Eficiencia logística	Monto de medicamentos eliminados por vencimiento (\$)
		Monto total de medicamentos en stock (\$)
Mermas de medicamento por pérdida de cadena de frío o inadecuado almacenamiento	Eficiencia logística	Monto de medicamentos con mermas por pérdida de cadena de frío (\$)
		Monto total de medicamentos en stock (\$)
Magnitud Retiro de fármacos (causal de trato directo a proveedor no licitado) en pesos	Eficiencia logística	Nº medicamentos retirados (por causal de TD a proveedor no licitado)
		Nº total de medicamentos comprados por el Hospital
Magnitud de Quiebre de stock (causal de trato directo a proveedor no licitado) en pesos	Eficiencia logística	Nº medicamentos faltantes (por causal de TD a proveedor no licitado)
		Nº total de medicamentos comprados por el Hospital
% cumplimiento de la canasta esencial de medicamentos (CEM)	Eficiencia logística	Nº de medicamentos comprados de la CEM
		Nº total de medicamentos que integran la CEM
% de cumplimiento en oportunidad de CENABAST en pesos	Eficiencia logística	Nº de medicamentos distribuidos oportunamente por CENABAST (menos de x días)
		Nº total de medicamentos distribuidos por CENABAST

Fuente: Elaboración propia en base a propuesta trabajada por la Dra. Begoña Yarza