

# Efectos de la Nueva Gestión Pública en el desempeño: análisis de los hospitales públicos chilenos

## Effects of the New Public Management System on performance: An analysis of Chilean public hospitals

Marjorie Morales-Casetti, Marco Bustos-Gutiérrez y Jenny Cerda-Bustos

Recibido 1 enero 2019 / Enviado para modificación 14 marzo 2019 / Aceptado 26 mayo 2019

### RESUMEN

**Objetivo** Evaluar los efectos de la implementación de una reforma de Nueva Gestión Pública (NGP) que profesionaliza los cargos de dirección, sobre el desempeño de los hospitales públicos chilenos.

**Métodos** Se construyó una base de datos para 181 hospitales públicos chilenos con información pública del año 2015. Se determinó el efecto generado por la permanencia en el cargo de dirección de un hospital público de quien fue seleccionado a través del Sistema de Alta Dirección Pública (SADP), mediante la estimación de cuatro modelos de regresión multivariada.

**Resultados** La permanencia en el cargo de la persona seleccionada vía SADP se asocia positivamente con variables como el número de altas, la rotación de pacientes y la tasa de ocupación, denotando una mejora en la rentabilidad de los recursos disponibles. No se encuentra una relación significativa entre dicha variable y la disminución de la letalidad.

**Conclusiones** Este trabajo proporciona evidencias acerca de los efectos sobre el desempeño de una reforma inspirada en la NGP, en particular, se muestra que la incorporación de profesionales con capacidad de gestión en cargos de alta dirección en hospitales públicos chilenos mejora su desempeño, relevándose la importancia del perfil profesional de quienes dirigen este tipo de organizaciones y recomendando ampliar el periodo de nombramiento de estos cargos.

**Palabras Clave:** Hospitales públicos; Chile; administración hospitalaria (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

**Objective** To evaluate the effects of the implementation of a New Public Management system—which professionalizes management positions—on the performance of Chilean public hospitals.

**Materials and Methods** A database was constructed for 181 Chilean public hospitals using public information issued in 2015. The effect generated by the tenure of a person selected through the Public Senior Management System (SADP by its acronym in Spanish) for a senior management position in a public hospital was determined by estimating four multivariate regression models.

**Results** The tenure of a person selected via SADP is positively associated with variables such as the number of discharges, rotation of patients and occupation rate, thus demonstrating an improvement in the profitability of the available resources. No significant relationship was found between the tenure of a person selected via SADP and the decrease in case fatality.

**Conclusions** This article provides evidence about the effects on the performance of a reform based on the New Public Management system. Specifically, it demonstrates that the incorporation of professionals with management skills in senior management

MM: Ing. Civil Industrial. Ph.D. Investigación en Ciencias Sociales mención Ciencia Política. Departamento de Ingeniería Industrial y de Sistemas, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile. [marjorie.morales@ufrontera.cl](mailto:marjorie.morales@ufrontera.cl)

MB: Lic. Economía. Ph.D. Investigación en Ciencias Sociales mención Ciencia Política. Departamento de Sociología y Ciencia Política. Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Católica de Temuco. Temuco, Chile. [marco.bustos@uct.cl](mailto:marco.bustos@uct.cl)

JC: Ing. Civil Biotecnología. M. Sc. Sistemas de Gestión Integral de la Calidad. Departamento de Salud Municipal, Municipalidad de Lautaro. Lautaro, Chile. [jenny.cerdabustos@gmail.com](mailto:jenny.cerdabustos@gmail.com)

positions in Chilean public hospitals improves hospital performance, revealing the importance of the professional profile of those who direct this type of organizations. Thus, the recommendation is to extend the period of appointment of these people in these positions.

**Key Words:** Public hospitals; Chile; hospital administration (*source: MeSH, NLM*).

Desde hace más de tres décadas y bajo las premisas de la Nueva Gestión Pública (NGP), diversos gobiernos han implementado reformas que buscan incrementar la eficiencia (1-3). Entre las recomendaciones de la NGP se encuentran: la desagregación de funciones en distintas unidades y niveles del gobierno; la introducción de sistemas de evaluación del desempeño; la introducción de competencia en la provisión de servicios; las colaboraciones público-privadas; el enfoque hacia el usuario y; la profesionalización de los cuadros directivos (1-5).

Una de las principales características de la NGP fue el gerencialismo, desde el enfoque del *let the managers manage* relacionado con la devolución y la autonomía, o desde el *make the managers manage* asociado al uso de incentivos para mejorar el desempeño e incluir competencia, contratos y una orientación al mercado (6).

Para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios de salud, a nivel internacional se realizaron reformas que buscaban ampliar la autonomía, mejorar la gestión de recursos humanos e implementar nuevos modelos de gestión en hospitales públicos (7-8). En Chile, a partir del 2004 se crearon los hospitales autogestionados, mediante la promulgación de la Ley N°19.937 (7). Por otro lado, la Ley 19.882/2003 que instaura el Sistema de Alta Dirección Pública (SADP), estableció en su Art. 36° que los/as Directores/as de Hospitales Públicos serían provistos por este sistema (9).

Así, desde la creación del SADP los cargos de exclusiva confianza de la autoridad, cuya función fuese la dirección de órganos o servicios públicos relacionados con la provisión de servicios a la comunidad, fueron seleccionados y nombrados a través de este nuevo sistema (10). La duración de estos cargos sería de tres años pudiendo ser renovado el nombramiento hasta tres veces (10). El objetivo del SADP es dotar a las instituciones del gobierno central de jefaturas con probada capacidad de gestión y liderazgo para ejecutar de forma eficaz y eficiente las políticas públicas definidas por la autoridad (11), en línea con los planteamientos de la NGP (1-4).

El primer nombramiento a través del SADP para el cargo de jefatura de un hospital público en Chile fue en el año 2005. A partir de ese momento y gradualmente, estos cargos fueron ocupados por profesionales con capacidad de gestión y liderazgo que no necesariamente provenían

del área de la salud, sino también de las ingenierías o de las ciencias sociales. En Chile, de manera similar a lo que ocurrió con las reformas de NGP en el sector salud en el Reino Unido y otros países europeos, se comenzó a dirigir a los hospitales bajo la lógica del gerencialismo (7,10,12), la cual promueve el desarrollo de una instrumentación de la gestión, la formación de gestores y la utilización de evidencias científicas al servicio de una mayor eficiencia y eficacia en la utilización de los recursos (13).

Como lineamiento general, para postular a un cargo del SADP se debe contar con un título profesional de una carrera de al menos ocho semestres, otorgado por una universidad o instituto profesional del Estado o reconocido por éste y acreditar una experiencia profesional no inferior a cinco años en el sector público o privado (10). En el caso de la dirección de un hospital se exige además la competencia en gestión en salud (14). De acuerdo al perfil de cargo, la misión de quien ejerce la dirección de un hospital es liderar la gestión del establecimiento entregando una atención de excelencia en consonancia con las políticas nacionales de salud y en coordinación con la red asistencial (14).

La NGP afirma que la incorporación de directivos con probadas capacidades técnicas y de gestión en los distintos niveles de la red asistencial contribuye a mejorar la eficiencia en la entrega de servicios sanitarios y el desempeño de los hospitales públicos (2,15). No obstante, los efectos reales de las reformas de gestión pública sobre la eficiencia y el desempeño de las organizaciones del gobierno no son del todo claros siendo necesaria la comparación de resultados de estudios sobre diversos tipos de agencias y en distintos países para concluir acerca del vínculo entre NGP y desempeño (1). En el sector salud, los estudios que analizan los efectos de las reformas modernizadoras se centran en aquellas relacionadas con la desagregación de funciones y con la introducción de competencia; pero solo analizan los efectos provocados por la incorporación de jefaturas profesionales en el estatus de la profesión médica, dejando de lado el análisis de su impacto sobre la eficiencia (12,16).

Al considerar las investigaciones realizadas en relación a la desagregación de funciones se obtienen resultados poco concluyentes. Por un lado, análisis sobre hospitales coreanos y chinos concluyen que las reformas han generado incrementos en la eficiencia (17-19); en

tanto que al considerar hospitales alemanes se encuentra que la desagregación de funciones no tiene efectos sobre la eficiencia medida como número de casos tratados (20). Tampoco se encuentran evidencias de mejoras en el desempeño luego de la instauración de hospitales autogestionados en Chile, lo cual denota la ausencia de competencias organizacionales y gerenciales necesarias para cumplir los estándares esperados (7).

Cuando se estudian los efectos de la introducción de mecanismos competitivos en la provisión de servicios hospitalarios: no se encuentran mejoras significativas en la eficiencia técnica de los hospitales de Escocia (21), se observa una consolidación de los niveles de ineficiencia en los hospitales públicos de Colombia (22) y se encuentran relaciones levemente negativas entre la calidad y la competencia en hospitales del Reino Unido (23).

Respecto de las modificaciones en los perfiles profesionales y en los sistemas de selección de cargos directivos, un estudio realizado en Chile da cuenta de que éstas producen efectos positivos en diversos indicadores de gestión hospitalaria aumentando la rotación de pacientes y la utilización de pabellones y, disminuyendo la letalidad (15). De manera similar en un estudio sobre los hospitales de Madrid se concluye que el modelo de gestión hospitalaria (si es público, privado o mixto) no es tan relevante como lo son las prácticas de dirección y las propias habilidades de quienes dirigen para implementar tales prácticas (2).

Considerando que los estudios realizados no logran dar una respuesta concreta respecto de los efectos generados por las reformas inspiradas en la NGP sobre la eficiencia y el desempeño de los hospitales, este artículo tiene por objetivo evaluar los efectos de la implementación de una reforma de NGP que profesionaliza los cargos de dirección, sobre el desempeño de los hospitales públicos chilenos. Se establece como hipótesis que: una mayor permanencia en la dirección de un hospital de alguien seleccionado a través del SADP mejora el desempeño de los hospitales públicos chilenos. Este desempeño será valorado a través de los resultados en indicadores informados anualmente para todos los hospitales públicos del país a través del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile, los cuales capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del desempeño del sistema de salud (24,25) y permiten controlar y valorar la calidad de las actividades hospitalarias (26). Se asume que dada su relevancia en la calidad de los servicios asistenciales, los indicadores de gestión deben ser permanentemente monitoreados por los directivos, con la finalidad de mejorar la eficacia y eficiencia en la atención hospitalaria (5,24).

## MÉTODOS

La investigación siguió un diseño cuantitativo, no experimental, transversal, de carácter explicativo. Consideró los nombramientos de los cargos de dirección de 181 de los 184 hospitales públicos de Chile, los cuales se clasifican según su nivel de complejidad en tres grupos: alta, media y baja (27). La información utilizada fue obtenida de fuentes públicas del gobierno de Chile (Servicio Civil del Ministerio de Hacienda, Superintendencia de Salud y DEIS), a través de portales Web o vía Ley de Transparencia, por lo que no se requirió aprobación del Comité de Ética previo al desarrollo de este estudio. Se utilizó información disponible a la fecha del estudio la cual corresponde a indicadores del periodo 1 de enero al 31 de diciembre de 2015. Los análisis estadísticos fueron realizados utilizando el paquete IBM SPSS STATISTICS 23.

Considerando como unidad de observación a los hospitales públicos de Chile se analizó la relación entre la permanencia en la dirección de un hospital de alguien seleccionado a través del SADP y un conjunto de variables asociadas con el desempeño, incluyendo además algunas variables de control.

En el caso de las variables dependientes asociadas al desempeño hospitalario, siguiendo las sugerencias de estudios previos, se incorporaron no solo resultados positivos (número de casos tratados (18,20), número de altas (2), atenciones ambulatorias (2,17), estada promedio (15,28), rotación y tasa de uso de pabellones (15), sino también algunos resultados negativos (tasa de letalidad o de reingreso de pacientes) (2,15,18,28). Las variables dependientes seleccionadas fueron tres de resultado positivo: número de altas, rotación y ocupación; y una de resultado negativo: letalidad. Todas ellas fueron obtenidas del DEIS, siendo operacionalizadas de la siguiente manera:

- *n\_altas*: variable continua que representa la cantidad de pacientes dados de alta, se calcula como la cantidad de egresos hospitalarios menos los egresos fallecidos ocurridos en el año.
- *rotación*: variable continua que expresa el número promedio de personas que pasan por una cama durante el año, se calcula como la cantidad de egresos sobre el promedio de camas disponibles.
- *ocupación*: variable continua que muestra el porcentaje promedio de ocupación de camas durante el año, se calcula como días cama ocupados sobre días cama disponible, multiplicado por 100.
- *letalidad*: variable continua que indica la relación entre el número de defunciones ocurridas durante el año y la cantidad de egresos del mismo período.

La variable independiente es la permanencia en la dirección de un hospital de alguien seleccionado a través del SADP (días\_ADP). Se calcula como la suma de días del año 2015 en que el hospital contó con una jefatura seleccionada vía SADP -pudiendo ser personas distintas, en diferentes periodos del año-. Si quien ocupó el cargo de dirección durante el año no fue seleccionado por SADP, la variable toma el valor cero.

Además, se incluyeron tres variables independientes como variables de control, las cuales fueron seleccionadas considerando estudios previos que sugieren incorporar información relacionada al tamaño del establecimiento (cantidad de camas o número de servicios ofrecidos) y otras asociadas al capital humano disponible (cantidad de personal médico, de enfermería o administrativo) (18-20,22). El estudio incorporó el promedio de camas disponibles, el número de especialistas, más una variable que da cuenta del estado de acreditación del establecimiento. Por disposición del Ministerio de Salud, los prestadores de salud deben someterse a acreditación mediante una autoevaluación interna y revisión externa de sus procesos para garantizar y mejorar la calidad de la atención (29), siendo el 1 de enero de 2019 la fecha límite para que todos los hospitales estén acreditados (30).

A continuación, se describe la operacionalización de las variables de control.

- prom\_camas: variable continua que corresponde al total días cama dividido entre el total de días de un periodo dado.
- n\_especialistas: variable continua que corresponde al número de médicos especialistas que trabajan en un hospital.

- acreditado: variable dicotómica que toma el valor 1 si el hospital se encuentra acreditado en el año 2015 por la Superintendencia de Salud, y el valor 0 en otro caso. Una vez seleccionadas las variables se reformuló la hipótesis inicial:

- H1: una mayor permanencia en la dirección de un hospital de alguien seleccionado a través del SADP incrementa el número de altas realizadas en los hospitales públicos chilenos.
- H2: una mayor permanencia en la dirección de un hospital de alguien seleccionado a través del SADP aumenta la rotación de pacientes de los hospitales públicos chilenos.
- H3: una mayor permanencia en la dirección de un hospital de alguien seleccionado a través del SADP incrementa la tasa de ocupación de los hospitales públicos chilenos.
- H4: una mayor permanencia en la dirección de un hospital de alguien seleccionado a través del SADP disminuye la letalidad de los hospitales públicos chilenos.

La prueba de estas hipótesis se realizó a través de la estimación de un sistema de cuatro modelos de regresión multivariado, los cuales permiten conocer la relación entre una variable dependiente métrica y varias variables independientes también métricas (31).

## RESULTADOS

La Tabla 1 muestra los resultados del análisis descriptivo de todas las variables consideradas. Se observa que la base de datos está balanceada, existiendo 180 registros completos.

**Tabla 1.** Análisis descriptivo de las variables dependientes e independientes

|                 | N   | Mínimo | Máximo | Media  | Desviación estándar |
|-----------------|-----|--------|--------|--------|---------------------|
| n_altas         | 181 | 99     | 40259  | 5570,6 | 7440,0              |
| rotación        | 181 | 0,1    | 12,0   | 3,2    | 1,4                 |
| ocupacion       | 181 | 18,6   | 96,2   | 63,7   | 18,5                |
| letalidad       | 181 | 0,0    | 9,8    | 3,0    | 1,8                 |
| días_ADP        | 181 | 0      | 365    | 79,6   | 134,7               |
| prom_camas      | 181 | 2,4    | 836,9  | 135,6  | 169,6               |
| n_especialistas | 180 | 0      | 638    | 75,0   | 128,3               |
| acreditado      | 181 | 0      | 1      | 0,2    | 0,4                 |

La Tabla 2 muestra los resultados de la estimación de los cuatro modelos de regresión. En los modelos 2,3 y 4 se presentan los resultados de modelos re-especificados buscando dar mayor robustez. Se observa que los modelos 1, 2 y 3 son significativos en su conjunto (F significativo), en tanto que el modelo 4 no resultó significativo. En cuanto al coeficiente R<sup>2</sup> ajustado, se tiene que el modelo 1 logra explicar un 93,1% de la variación del número de altas, el modelo 3 explica un 46,7% de la variación del nivel de ocupación,

mientras que el modelo 2, explica un 13,9% de la variación en la rotación. Se verificó la ausencia de colinealidad entre las variables regresoras (valores VIF) (32) en los tres modelos. El estadístico d de Durbin-Watson obtuvo valores dentro de la zona de no rechazo de las hipótesis de no autocorrelación (32) en los modelos 1 y 2, en tanto que en el modelo 3 se observa un ligero problema de autocorrelación.

La variable de interés resulta significativa y con el signo esperado en los primeros tres modelos, por lo que no se re-

**Tabla 2.** Resultados de las regresiones

|                 | Modelo 1<br>Variable dependiente<br>n_altas | Modelo 2<br>Variable dependiente<br>rotacion | Modelo 3<br>Variable dependiente<br>Ocupación | Modelo 4<br>Variable dependiente<br>letalidad |
|-----------------|---|--|---|---|
| días_ADP        | 2,704<br>(1,154)**                          | 0,003<br>(0,001)**                           | 0,02<br>(0,008)**                             | -0,002<br>(0,001)                             |
| prom_camias     | 34,143<br>(1,736)**                         | -0,002<br>(0,001)**                          | 0,064<br>(0,006)***                           |   |
| n_especialistas | 9,763<br>(2,280)**                          | 0,005<br>(0,001)**                           |   | -0,001<br>(0,001)                             |
| acreditado      | 1009,12<br>(390,965)**                      |  | 5,693<br>(2,653)**                            | 0,559<br>(0,347)                              |
| N               | 180   | 180  | 180   | 180   |
| F (sig)         | 587,038<br>(0,000)***                       | 10,637<br>(0,000)***                         | 53,640<br>(0,000)***                          | 2,226<br>(0,087)                              |
| R2 ajustado %   | 92,9  | 13,9   | 46,7  | 2,0   |
| Durbin Watson   | 1,926                                       | 1,897  | 1,654   | 1,849   |

chazan las hipótesis H1, H2 y H3. En el modelo 4 se refuta la hipótesis H4, aun cuando la relación entre días\_ADP y letalidad tiene el signo esperado, no es significativa.

La interpretación indica que por cada día que permanece en el cargo de dirección la persona seleccionada vía SADP el número de altas se incrementa en 2,7, la rotación en 0,003 y la ocupación en 0,020. De lo anterior se puede concluir que si la permanencia del (de la) Director/a se extiende por todo el año, los valores medios de los indicadores de desempeño de los hospitales públicos chilenos (Tabla 1) mejoran de manera considerable:

- El número de altas aumenta en 986 al año, lo cual equivale a un 18% de la media nacional.
- La rotación incrementa en 1,1 pacientes por cama, dando cuenta una mayor rentabilidad de este recurso (15).
- La ocupación aumenta en 7,3 puntos porcentuales; con lo cual la ocupación media nacional pasaría de 63,67% a 70,97%, lo que acerca este indicador a su valor óptimo (85%) (26).

El análisis realizado permite valorar los efectos de una reforma de NGP en Chile, los hallazgos van en línea con otros estudios (3,15,17-19) pero difieren de aquellos que han negado los efectos positivos de la reforma de gestión en salud (20-23).

## DISCUSIÓN

La literatura que analiza efectos de las reformas en el sector salud, se ha centrado en políticas de desagregación de funciones y de introducción de competencia, dejando de lado el análisis de quiénes son los que dirigen las instituciones de salud. No obstante si se asume que las reformas en los sistemas de salud pública han transformado a los hospitales en una especie de “empresa autosuficiente” que debe administrar equilibradamente su presupuesto y asegurar la calidad y oportunidad en la prestación de sus

servicios (33), analizar las diferencias en el desempeño producido al cambiar a quienes dirigen los hospitales es de suma relevancia: ejercer la dirección de un hospital se ha vuelto una tarea compleja que implica gestionar los procesos desde la entrada del paciente hasta su egreso, disponiendo de los adecuados recursos físicos, humanos y materiales; coordinando las intervenciones apropiadas para cada caso y, sobre todo enfatizando la importancia de la calidad y la mejora continua (7,33).

Estudios realizados en Chile (7) y Perú (34) concluyen que el diseño de estrategias de atracción y retención de directivos hospitalarios, así como la conformación de un cuerpo de recursos humanos especializados en planificación y gestión, es vital para la calidad de los servicios públicos de salud. Aportando en esta línea, la investigación realizada muestra que la incorporación de profesionales con capacidades de gestión en cargos de alta dirección produce mejoras en indicadores hospitalarios relevantes, proporcionando evidencias acerca de los efectos de una reforma inspirada en la NGP sobre el desempeño de los hospitales públicos chilenos.

Los hallazgos permiten afirmar que el nombramiento de profesionales seleccionados a través del SADP en la dirección de los hospitales públicos ha incrementado el número de altas. Esto puede atribuirse a que desde la dirección se promueven cambios en la planificación del proceso de alta hospitalaria, por ejemplo, utilizando la reingeniería de procesos (35), o implementando estrategias de gestión asistencial (24).

Asimismo, se encuentran efectos positivos del nombramiento vía SADP sobre la rotación de pacientes y la tasa de ocupación. Nuevamente, esto se explica porque la probada capacidad de gestión de quien ocupa el cargo de dirección propicia un uso más eficiente de las camas disponibles (15), aumentando su nivel de ocupación y la rotación de pacientes hospitalizados. La correcta gestión de camas hos-

pitalarias es una responsabilidad de la dirección de cada centro hospitalario, y debiera garantizar que todos los días exista un número suficiente de camas para la atención de urgencias sin afectar la atención programada (28).

Aun cuando la relación entre la jefatura nombrada vía SADP y la disminución de la letalidad tiene el sentido esperado, no es estadísticamente significativa, a diferencia de lo encontrado en un estudio previo del caso chileno (15). Respecto de esta variable es importante tener claro que sólo la letalidad evitable puede ser atribuible a una mayor calidad de los servicios médicos entregados (15, 36), lamentablemente solo se dispone de información sobre la letalidad total.

En línea con hallazgos de investigaciones previas se evidencia la importancia de contar con una dirección efectiva y con alta capacidad de gestión (2,7,8,15,28), ya que es la dirección la responsable de liderar la gestión del establecimiento, planificando y coordinando medidas para asegurar el uso eficiente de los recursos hospitalarios para brindar una atención de excelencia en consonancia con las políticas nacionales de salud y en coordinación con la red asistencial (12,28). Considerando que la mayor permanencia de jefaturas profesionales incrementa los niveles de desempeño de los hospitales públicos, se sugiere aumentar la duración del nombramiento de cargos del SADP, la cual es de tres años en la actualidad.

Este estudio presenta la limitación de utilizar solamente indicadores de gestión informados públicamente por el DEIS por lo que variables relevantes de la gestión hospitalaria como las listas de espera de atención quirúrgica, la tasa de utilización de pabellones, las consultas ambulatorias, la relación entre ingresos y altas diarios, el cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud y otras, quedan fuera del análisis. Futuras investigaciones podrían ahondar en los efectos en estas y otras variables relacionadas con unidades de atención especializada de los hospitales •

**Agradecimientos:** Al financiamiento recibido a través de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, Chile (Conicyt) Proyecto FONDECYT de Iniciación a la Investigación N°11160392. De igual manera se agradece al Servicio Civil del Ministerio de Hacienda por la información proporcionada para la elaboración de este artículo.

**Conflictos de intereses:** Ninguno.

## REFERENCIAS

1. Andrews R. NPM and the search for efficiency. En: Christensen T, Lægreid P, editores. The Ashgate Research Companion to New Public Management. Burlington (England): Ashgate Publishing Company; 2011. p. 281-94.
2. Alonso J, Clifton J, Díaz-Fuentes D. The impact of New Public Management on efficiency: An analysis of Madrid's hospitals. Health Policy. 2015; 119(3): 333-40.
3. Morales-Casetti M. Nueva gestión pública en Chile: orígenes y efectos. Revista de Ciencia Política. 2014; 34(2):417-38.
4. Sánchez-Bandala M. ¿Una nueva gestión pública para el sistema de salud mexicano? Reflexiones para contribuir a la agenda de investigación. Salud y Administración. 2018; 5(13):31-9.
5. Portulhak H, Bragueto D, dos Santos M. Business performance management in university hospitals: a diagnosis in Brazilian institutions. Rev. Salud Pública (Bogotá). 2017;19(5):697-703.
6. Christensen T, Lægreid P. Introduction. En: Christensen T, Lægreid P, editores. The Ashgate Research Companion to New Public Management, Burlington (England): Ashgate Publishing Company; 2011. p. 1-13.
7. Méndez C, Miranda C, Torres M, Márquez M. Política de autogestión hospitalaria en Chile: percepciones de los tomadores de decisiones. Rev Panam Salud Pública. 2013; 33(1):47-53.
8. Méndez C, Alarcón A. Alineación del recurso humano y regulación de la competencia como factores claves para la autogestión hospitalaria en Chile. Rev Chil Salud Pública. 2011; 15(2):90-7.
9. Chile. Ministerio de Hacienda. Ley que regula la nueva política de personal para los funcionarios públicos. N°19.882/2003 (23 junio 2003).
10. Servicio Civil. Alta Dirección Pública. Camino hacia la profesionalización del Estado (2003-2017). 2017. Consultado en abril 2018. Disponible en: <http://bit.ly/39R1Plx>.
11. Servicio Civil. Sistema de Alta Dirección Pública. 2018. Consultado en septiembre de 2018). Disponible en: <http://bit.ly/2xscif4>.
12. Byrkjeflot H. Healthcare states and medical professions: the challenges form NPM. En: Christensen T, Lægreid P, editores. The Ashgate Research Companion to New Public Management, Burlington (England): Ashgate Publishing Company; 2011. p. 147-159.
13. Denis J, Lamothe L, Langley A, Guérard S. Reforma y gobernanza en salud: el atractivo del gerenciamiento en la acción pública. Rev. salud pública. 2010; 12(1):105-22.
14. Servicio Civil. Perfil de cargo. 2018. (Consultado el 20/9/2018). Disponible en: <http://bit.ly/2TFqwlw>.
15. Lira L. Impacto del sistema de alta dirección pública (SADP) en la gestión hospitalaria. Un análisis empírico. Estudios públicos. 2013; 131:61-102.
16. Cascón-Pereira R, Kirkpatrick I, Exworthy M. El estatus de la profesión médica: ¿reforzado o debilitado por la nueva gestión pública? Gac Sanit. 2017; 31(3):273-75.
17. Lee K, Chun K, Lee J. Reforming the hospital service structure to improve efficiency: Urban hospital specialization. Health Policy. 2008; 87(1):41-9.
18. Hu H.H, Qi Q, Yang C.H. Analysis of hospital technical efficiency in China: Effect of health insurance reform. China Economic Review. 2012;23(4):865-77.
19. Chen Z, Pestana-Barros C, Hou X. Has the medical reform improved the cost efficiency of Chinese hospitals? The Social Science Journal. 2016; 53(4):510-20.
20. Kuntz L, Vera A. Modular organization and hospital performance. Health Service Management Review. 2007; 20(1):48-58.
21. Ferrari A. The internal market and hospital efficiency: a stochastic distance function approach. Applied Economics. 2006; 38(18):2121-30.
22. Giménez V, Prieto W, Prior D, Tortosa-Ausina E. Evaluation of efficiency in Colombian hospitals: An analysis for the post-reform period. Socio-Economic Planning Sciences. 2018.
23. Propper C, Burgess S, Green K. Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market. Journal of Public Economics. 2004; 88(7-8):1247-72.
24. Huerta-Riveros P, Paúl-Espinoza I, Leyton-Pavez C. Impacto de indicadores de gestión en salud sobre estrategias de un servicio de salud público. Rev. Salud Pública (Bogotá). 2012; 14(2):248-59.

25. Villalbi J, Casas C, Bartoll X, Artazcoz L, Ballestín M, Borrel C, et al. Indicadores para la gestión de los servicios de salud pública. *Gac Sanit.* 2010;24(5):378-84.
26. Aranáz J, Aibar C, Vitaller J, Gea M, Cuchí M. Indicadores de gestión y funcionamiento hospitalario. En Malagon-Londoño, Ponton-Laverde y Reynales-Londoño, editores. *Gerencia Hospitalaria. Para una administración efectiva.* Editorial Médica Panamericana; 2016. p. 380-400.
27. Chile. Ministerio de Salud. Aprueba norma general técnica N°0150 sobre criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios. (Consultado el 3 de mayo de 2017). Disponible en: <http://bit.ly/3aGlavV>.
28. Juan A, Enjamio E, Moya C, García C, Castellanos J, Pérez J, et al. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias.* 2010;22(4):249-53.
29. Chile. Superintendencia de Salud. Acreditación de Prestadores. 2018. (Consultado el 30/05/2018). Disponible en: <http://bit.ly/39DPY04>.
30. Chile. Ministerio de Salud. Decreto aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud N°3/2016 (27 enero 2016).
31. Pérez C. *Métodos estadísticos avanzados con SPSS.* 2005. Madrid: Ediciones Paraninfo.
32. Gujarati D, Porter D. *Econometría.* 2009. México, DF: McGraw-Hill.
33. Malagon-Londoño G. Generalidades sobre gerencia hospitalaria. En Malagon-Londoño, Ponton-Laverde y Reynales-Londoño, editores. *Gerencia Hospitalaria. Para una administración efectiva.* Editorial Médica Panamericana; 2016. p. 3-11.
34. Mendoza-Arana P, Rivera-Del Río G, Gutiérrez-Villafuerte C, Sanabria-Montáñez C. El proceso de reforma del sector salud en Perú. *Rev Panam Salud Pública.* 2018; 42:1-6.
35. Martínez-Ramos M, Flores-Pardo E, Uris-Sellés J. Rediseño del proceso de alta hospitalaria. *Rev Calid Asist.* 2016; 31(2):76-83.
36. González-Ortiz L, Gómez-Arias R, Vélez-Álvarez G, Agudelo-Londoño S, Gómez-Dávila J, Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. *Rev Panam Salud Pública.* 2014; 35(1):15-22.