

SERIE DE DOCUMENTOS DE TRABAJO

Nº 4



FONASA

DEPARTAMENTO DE PLANEAMIENTO
INSTITUCIONAL

FONASA JUNIO-2008

SERIE DE DOCUMENTOS DE TRABAJO

DEPARTAMENTO DE PLANEAMIENTO
INSTITUCIONAL
FONASA

Junio 2008

N° 4



FONASA

DOCUMENTO DE TRABAJO

Es una publicación producida por el Departamento de Planeamiento Institucional del Fondo Nacional de Salud.

COORDINACIÓN EDITORIAL

Rafael Urriola Urbina
Jefe Departamento de Planeamiento Institucional

PRODUCCIÓN EDITORIAL

Patricia Jorquera Hernández
Subdepartamento Economía de la Salud

Inscripción ISSN N° 0718 - 1949

Derechos Reservados
Publicado en Santiago de Chile

DIAGRAMACIÓN E IMPRESIÓN

Editorial Atenas Limitada

SANTIAGO DE CHILE

La redacción y opiniones de los artículos que contiene esta publicación son de exclusiva responsabilidad de sus autores. Ninguna parte de esta publicación puede ser fotocopiada, almacenada o transmitida, sin autorización del editor, no obstante los datos pueden ser utilizados citando la fuente.

FONDO NACIONAL DE SALUD

Director

Dr. Hernan Monasterio Irazoque

Departamento de Fiscalía

Erika Diaz Muñoz

Departamento de Auditoría

María Isabel Rodriguez Miranda

Departamento de Operaciones

Eduardo Bartolomé Bachelet

Departamento de Planeamiento Institucional

Rafael Urriola Urbina

Departamento de Gestión de Tecnologías de Información

Rodrigo Castro Apablaza

Departamento de Finanzas

Pablo Venegas Díaz

Departamento de Comercialización

Cecilia Jarpa Zúñiga

Departamento de Control y Calidad de Prestaciones

Gladys Olmos Garate

Oficina de Marketing

Roxana Muñoz Flores

Oficina de Relaciones Institucionales

Marcela Aguilera Moya



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
I SISTEMAS DE PAGO A PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD: MODELOS Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES	11
1 Introducción	
2 Precio versus Sistemas de pago	
3 Los sistemas de pago hospitalario: evolución reciente en el pago por actividad	
4 El efecto de las innovaciones en los sistemas de pago	
5 Comentarios finales	
6 Referencias	
II LOS SERVICIOS DE URGENCIA, FINANCIACION Y ADECUACION DE LA DEMANDA	31
Introducción	
1 Para una adecuada comprensión de los servicios de urgencia	
2 La situación actual en Chile	
3 Opciones de financiación	
4 Una propuesta de sistemas de pago mixto o propuesta de modelo de asignación de recursos para los servicios de urgencia hospitalarios en Chile	
5 Algunas conclusiones	
Referencias	
III COMENTARIOS PRELIMINARES A LA MODALIDAD DE LIBRE ELECCION DEL SEGURO PUBLICO CHILENO	45
Parte I.- Identificación del sistema de salud	
a) El financiamiento del sistema de salud y sus niveles: la necesidad de maximizar el buen uso de los recursos	
b) Rol del sector público en la provisión de los servicios de salud	
c) la provisión privada como complemento a la provisión pública de servicios de salud	
Parte II.- El funcionamiento de la relacion MAI/MLE en Chile	
a) Breve síntesis histórica del surgimiento de la MLE	
b) Tendencias en uso y costos de la MLE	
c) Tendencia de la estructura de funcionamiento de la MLE	
d) El rol de los incentivos públicos para la decisión del usuario entre prestadores públicos o privados	
Reflexiones preliminares acerca de la MLE	
Bibliografía	



PRESENTACIÓN

La Reforma de Salud que se implementa en el país exige responder a las necesidades y expectativas de la población, reduciendo las barreras económicas de acceso y el impacto financiero en las familias por atenciones de alto costo. Todo ello, en un escenario en el que la población, cada vez más consciente de sus derechos, demanda de manera creciente una mejor calidad técnica y humana en los servicios.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de la política sanitaria, se evidencia una tendencia incremental de los costos en salud sin un correlato satisfactorio en los resultados. En este contexto, FONASA ha respondido con una política de fortalecimiento de su rol y de una permanente renovación y adecuación de sus estrategias de asignación de recursos financieros, que se traduzcan en un modelo asignativo que permita garantizar a sus beneficiarios el acceso equitativo a las acciones de salud y con grados crecientes de satisfacción.

El logro de dicho objetivo ha demandado el desarrollo de conocimientos y competencias técnicas de nivel internacional en el ámbito de la protección social en salud, la planificación sanitaria y la economía de la salud.

Esta cuarta entrega de la Serie Documentos de Trabajo de Fonasa tiene por objeto poner a disposición de la comunidad interesada, de una parte, los aportes de expertos españoles de reconocida experiencia en la economía de la salud y que han colaborado en un proyecto de largo aliento con nuestra institución centrado en mecanismos de pago.

En efecto, el primer artículo es una comunicación realizada por Pere Ibern y Manuel García-Goñi. Presenta una revisión de los sistemas de pago a proveedores de servicios sanitarios en el ámbito hospitalario, a la luz de las experiencias internacionales.

En el segundo, Ricard Meneu nos entrega un análisis la situación de los Servicios de Urgencia y discute los modelos de financiación en el contexto internacional y su aplicación a la situación chilena.

En otro ámbito, Rafael Urriola, Jefe del Departamento de Planeamiento Institucional de Fonasa, examina la modalidad de libre elección en Chile, analizando las interacciones entre la provisión pública y privada en el sistema de salud chileno, ejemplificando -con el impacto de políticas deliberadas recientes- la dinámica que pueden desplegar las modalidades institucional y de libre elección según los incentivos que se adopten.

Todos los temas, de una u otra manera, son de enorme actualidad porque apuntan a la asignación de recursos y la eficiencia involucrada en estas actividades. Nada es un dogma sin cambios posibles. Cada sociedad en cada momento revisa estos mecanismos. Esperamos que las opiniones de los autores sean de utilidad para la reflexión y contribuyan a la construcción de la institucionalidad que contribuya a una vida más saludable, objetivo que todos queremos para la población de nuestro país.



Hernán Monasterio Irazoque
Director
FONASA





SISTEMAS DE PAGO A PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD: MODELOS Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

Pere Ibern
Manuel García-Goñi





I SISTEMAS DE PAGO A PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD: MODELOS Y EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

Pere Ibern Universitat Pompeu Fabra
Manuel García-Goñi Universidad Complutense de Madrid

1. INTRODUCCIÓN

La diversidad de los sistemas de pago a los proveedores de servicios sanitarios en distintos países se corresponde con las características del sistema de salud y su estado de desarrollo. A pesar de existir descripciones de las distintas opciones aplicadas para contratar proveedores, no se dispone de una evaluación generalizada de su impacto. Es factible pensar que la pauta seguida por cada país viene determinada por su punto de partida y que las condiciones en las que se desarrollan los contratos son singulares. Todo esto unido a la dificultad de obtener datos comparables nos lleva a la inexistencia de esta posibilidad de análisis generalizado de los resultados de distintos esquemas contractuales. En ausencia de esta información, resulta necesario afrontar la cuestión desde dos perspectivas: formal y descriptiva. Es decir, por una parte interesa comprender los fundamentos teóricos en los que se desarrolla la contratación y por otra se necesita una descripción comparada de la evolución reciente.

La producción de servicios hospitalarios en el entorno sanitario europeo, ya sea de seguro social como de servicios de salud, ha evolucionado desde una posición de producción fundamentalmente pública estricta hacia diversidad de fórmulas de propiedad. Como señala Shleifer, los estados de la posguerra asumieron un papel relevante en la producción, siendo propietarios de múltiples industrias y sectores económicos. Desde hace veinte años, los argumentos trazados en aquel momento ya no se sostienen de la misma forma y se ha producido un proceso de privatización muy amplio (Shleifer 1998).

El sector sanitario se enfrenta a un problema que le diferencia de otros sectores, y es que la calidad de los servicios sanitarios no es fácilmente observable. Como consecuencia, se ha atenuado el interés por la utilización y desarrollo de incentivos a la eficiencia que otorga la propiedad, más presente en otros sectores. Incluso el argumento que propone el propio Shleifer no se ajusta plenamente al sector salud. Considera que dada una reducción de coste que tuviera efecto contrario en la calidad (puesto que no es contratable), los mayores incentivos a innovar para el proveedor privado decantarían la balanza en su favor. Muchos ciudadanos se preguntarían de entrada si están dispuestos a esta rebaja de calidad y cómo afectaría a su nivel de salud. No está claro que el proveedor que redujera la calidad tuviera una demanda más baja, o solo la de aquellos consumidores que prefirieran baja calidad. Si la calidad no es observable no sabemos qué guiaría sus decisiones.

Este argumento, en cualquier caso no es suficiente para justificar el mantenimiento estricto de la propiedad pública de los proveedores sanitarios. De hecho, Glaeser y Shleifer han mostrado que empresas no lucrativas pueden ser más eficientes que el gobierno y empresas privadas lucrativas en condiciones donde se precisan incentivos débiles (Glaeser 2001). Así, un estudio que compara la calidad entre hospitales lucrativos y no lucrativos concluye que los determinantes del nivel de calidad de los hospitales pueden ser diferentes a la propiedad o la distribución del excedente (McClellan 2000), mientras que esta evidencia es confirmada por otros estudios como el de Hasset (Hasset 2000).

Los contratos relacionados con la actividad de los hospitales son cada vez más frecuentes e importantes debido a un entorno en el que hay una creciente diversidad en la propiedad de los hospitales. El enfoque de este artículo se centra precisamente en la financiación de la actividad hospitalaria, si bien necesita entenderse en el marco de la asignación de recursos poblacional con unos objetivos de salud y calidad. Estos últimos aspectos requieren un desarrollo específico si bien se insertan algunas consideraciones en los comentarios finales. El resto de este artículo está organizado de la siguiente manera. La sección 2 analiza las consideraciones teóricas que han guiado el diseño de contratos entre financiadores públicos y hospitales privados. La sección 3, presenta la evolución reciente de los sistemas de pago hospitalario en distintos países, en relación al impacto de ajustes por actividad o casuística. La sección 4 introduce el efecto en los sistemas de pago de las innovaciones tecnológicas y



también de otras innovaciones organizacionales como la introducción de organizaciones sanitarias integradas. Finalmente, la sección 5p presenta los comentarios finales.

2. PRECIOS VERSUS SISTEMAS DE PAGO

La bibliografía de economía de la salud (Oxley 1995) ofrece una clasificación de tres categorías de contratos para comprender la relación entre financiadores y proveedores de salud. La primera consiste en el reembolso, que supone un pago retrospectivo por la atención sanitaria prestada. Un ejemplo de este tipo de relación lo ofrece el modelo del pago por acto, bajo el cual los proveedores determinan la naturaleza y calidad del servicio sin preocuparse demasiado por las consecuencias financieras debido a que se les reembolsarán los gastos incurridos. De esta manera el control de costes deja de ser un objetivo para el proveedor mientras pueda aumentar cantidad. La segunda aproximación consiste en un contrato prospectivo, que supone la existencia de un acuerdo que establece unas condiciones entre proveedor y financiador. En este tipo de contratos se suele conseguir una mayor concreción en la calidad ofrecida por los proveedores y un mayor control sobre el gasto debido a que los proveedores se pueden beneficiar de los ahorros en los que incurran. Finalmente la tercera categoría de contrato consiste en una aproximación integrada del papel de financiador y proveedor, de manera que se confunden dando lugar a un pago según presupuesto.

En realidad esta tercera opción el papel del contrato se diluye y cuando se establece en el entorno privado nos encontraríamos con la integración vertical de seguro y provisión, mientras que en el entorno público sería la situación habitual si no hay contratación con proveedores privados.

La preocupación por la eficiencia en la asistencia sanitaria en un periodo de gran incremento del gasto, ha dado lugar en el ámbito hospitalario a la adopción de sistemas de pago a los proveedores que relacionen la actividad realizada con los costes incurridos. Es decir, se ha desarrollado el segundo modelo apuntado por Oxley, dado que el modelo de pago por acto médico o presupuestario se han mostrado claramente insatisfactorios para controlar los costes y mejorar la eficiencia.

El sector salud se diferencia de la mayoría de los sectores en el papel del precio. Mientras que en la mayoría de sectores económicos existe una gran relación entre el precio y el coste, esta relación no se produce de la misma manera en la provisión de servicios sanitarios. Hay que tener en cuenta que la asistencia sanitaria se desarrolla en un entorno de aseguramiento. En general, los usuarios finales no pagan directamente por el servicio sino que las entidades aseguradoras públicas o privadas lo hacen por ellos. La aparición de ese tercer agente, la aseguradora, entre la oferta y la demanda provoca que los usuarios finales no tengan un control absoluto sobre la cantidad de servicios sanitarios demandados.

De este modo cabe considerar pues la financiación hospitalaria como un problema de contratación entre aseguradoras públicas o privadas y hospitales. Y en este proceso de contratación el conjunto de las partes debe tratar de conseguir el máximo valor para el dinero gastado en mejorar la salud de los pacientes (Ibern 1999) de manera que se logre la eficiencia en la provisión.

Establecer un contrato para la provisión de servicios sanitarios resulta complejo, debido a un fallo de mercado: los inputs como el esfuerzo o la calidad de la provisión son difíciles de observar y verificar, y los outputs son el resultado de estos inputs y otros factores inciertos e indeterminados. Por tanto, existe información asimétrica entre el financiador y el proveedor, en lo que se ha denominado el problema de agencia o problema de principal (financiador) y agente (proveedor). El agente posee información privada adicional a la disponible por el financiador sobre la calidad o dificultad de su trabajo o sobre el esfuerzo desempeñado en la actividad. Esta diferencia entre la calidad de información disponible entre los agentes propicia la existencia de diversos problemas de incentivos entre los agentes. El concepto de riesgo moral resulta el aplicable para comprender las posibilidades de oportunismo postcontractual, fruto de acciones no observables, mientras que el concepto de selección adversa es el adecuado para explicar la asimetría informativa antes del contrato.

La teoría de contratos formulada por Laffont ofrece un análisis de los problemas de incentivos que se encuentran en un programa general de contratación entre el gobierno o una institución pública y una empresa privada, proponiendo soluciones mediante el diseño de contratos que incluyan incentivos (Laffont 1987). En su formulación, los contratos prospectivos (por un montante previamente definido) y los retrospectivos (se paga el coste), acababan siendo casos extremos en su esquema teórico. Su planteamiento todavía hoy es el punto de referencia clave ante la cuestión.



A menudo, sólo existe un proveedor para la situación de la asistencia hospitalaria en una zona geográfica. Por tanto, el diseño contractual tiene que tener en cuenta más allá de la selección adversa y el riesgo moral, el nivel de transferencia de riesgos deseable.

La asimetría de información mencionada se plasma en que el gobierno no conoce con precisión las capacidades tecnológicas de la empresa, y así, ésta puede conseguir unos costes que son desconocidos por quien contrata. No obstante, el gobierno tiene una intuición al respecto pero es imprecisa, o dicho de otra manera, observa de manera imperfecta la estructura de costes. Este es el parámetro de selección adversa al que llama β . En segundo lugar, la empresa ejerce un esfuerzo en reducción de costes, $-e$ (que no dañe la calidad) que no puede observar el gobierno. Este es el parámetro de riesgo moral, que supone una desutilidad para la empresa. Y finalmente hay un problema de incertidumbre, ϵ , por ambas partes, pero que una vez firmado el contrato queda asumido parcial o totalmente por el gobierno y/o la empresa. El coste que observa a posteriori el gobierno acaba siendo: $C = \beta - e + \epsilon$.

Es importante tener en cuenta que en toda relación de agencia, el principal, que recibe peor información que el agente, desea pagar por el esfuerzo realizado al agente, mientras que la suerte o el factor de incertidumbre no debería recibir recompensa. El problema es que no es posible para el principal, financiador, diferenciar entre esfuerzo y el riesgo derivado de las variables incontroladas por el agente (la incertidumbre). Por tanto nos hallamos ante la disyuntiva de promover el nivel adecuado de esfuerzo y discriminar las posibilidades tecnológicas de la empresa para limitar la obtención de rentas en exceso. Si el contrato es por un montante prefijado (prospectivo), los incentivos a reducción de costes de la empresa serán elevados pero anunciará asimismo las máximas capacidades tecnológicas para tratar de convencer al gobierno. Si por el contrario el contrato es retrospectivo, el incentivo a exagerar las capacidades tecnológicas desaparece, porque los costes se retribuyen en cualquier caso, y por consiguiente tampoco aparece el incentivo a reducción de costes. También es posible establecer un marco general de diseño de contratos en el que se puedan combinar los dos tipos de pagos mediante un sistema mixto. De esta manera, un contrato genérico con pago mixto podría venir definido por $C = a + (1 - \alpha)C_r$, donde a representa un montante fijo, α el parámetro de riesgo compartido y C_r los costes reales incurridos. En la medida que α sea 0 estaremos en un contrato retrospectivo, mientras que si α es 1 estaremos en un contrato prospectivo. Pero para llevarlo a la práctica debe explicitarse el contenido de cada uno de las variables y Laffont da pocas pistas para ello.

Newhouse presenta un análisis similar aplicado a la provisión de servicios sanitarios (Newhouse 1996). En su trabajo se analizan las ventajas e inconvenientes tanto de los pagos prospectivos como de los retrospectivos. De hecho, Newhouse especifica cómo un contrato con pago puramente prospectivo promueve los incentivos a la eficiencia, mientras que también proporciona incentivos a la selección de riesgos, o selección de pacientes con el objetivo de incrementar los beneficios. En cambio, un contrato con pago puramente retrospectivo solucionaría el problema de la selección de riesgos a cambio de reducir también los incentivos a la eficiencia en la provisión de servicios sanitarios. Para resolver la tensión existente entre los dos objetivos de promover incentivos a la eficiencia y evitar los incentivos a la selección de riesgos se han desarrollado los distintos modelos de ajuste de riesgos. Dos revisiones de la evolución de este tipo de modelos se pueden encontrar en Van de Ven y Ellis (2000), y en García-Goñi (2006). Desde una óptica de conseguir la mayor eficiencia en costes Newhouse señala el modelo de “yardstick competition” (Shleifer 1985) como referencia básica para el análisis. Su propuesta suponía un método de regulación de precios para entornos de monopolio local para estimular la eficiencia cuando es difícil que pueda existir competencia. La competencia por comparación (“yardstick competition”) busca mejorar la productividad, de tal modo que la capacidad de excedente que puede apropiarse es función de la superación de los resultados de las otras empresas. El precio máximo unitario que se fija se basa en los costes observados en las otras empresas, no sólo en aquella empresa. Pero las empresas deben ser equivalentes y con un producto homogéneo. De no ser así deben ajustarse por las condiciones diferenciales en las que operan.

A partir de la propuesta de Shleifer, Newhouse va reconstruyendo los supuestos que no se ajustan adecuadamente al sector salud. Así por ejemplo, no hay homogeneidad de producto sino pacientes heterogéneos, el médico decide, o el gobierno estima los costes esperados con error. La reflexión de Newhouse es complementaria a la de Laffont y a la vez añade más concreción a la definición de contratos para el entorno sanitario.

Finalmente, es imprescindible tener en cuenta en el análisis, que la provisión de asistencia sanitaria se desarrolla en un entorno de múltiples proveedores que necesitan actuar de forma coordinada. Este problema no ha sido tratado en los artículos mencionados anteriormente. Es importante tener en cuenta que para que el sistema de incentivos esté bien diseñado deberá considerar que las actividades se realizan a distintos niveles asistenciales. Se debe por tanto incentivar



la realización de las actividades en aquel nivel asistencial que se espera que produzca un mayor nivel de salud esperado (modelos de atención integrada) (Shortell 2000). De esta manera, el sistema de incentivos no debe centrarse en el pago por servicios, si no que conviene determinar los elementos de un contrato que garantice coste, acceso y calidad de la atención recibida en el nivel adecuado.

3. LOS SISTEMAS DE PAGO HOSPITALARIO: EVOLUCIÓN RECIENTE EN EL PAGO SEGÚN ACTIVIDAD

El primer paso para la definición de un sistema de pago reside en entender los motivos de la variación de los costes. En general se ha considerado que los costes hospitalarios varían en función de cinco factores: el volumen de casos, coste de los inputs, casuística, intensidad de recursos y eficiencia. En la medida que nos encontramos con un producto que no es homogéneo y que las entidades que lo producen tampoco lo son, conviene entender en primer lugar cual es el producto/servicio que estamos considerando y asimismo qué tipo de institución lo presta.

En relación con la medida del producto hospitalario, desde mediados de los 80 disponemos de metodologías que permiten medir la casuística en pacientes ingresados, y de forma más reciente en pacientes ambulatorios. En el fondo lo que se pretende sería resolver la falta de homogeneidad de producto que suponía Shleifer en su modelo.

El sistema conocido como Grupos Relacionados con el Diagnóstico (Diagnosis Related Groups, DRGs) es el que se ha generalizado internacionalmente como instrumento de medida de la casuística hospitalaria a pacientes ingresados. La primera Administración Pública que lo adoptó fue Medicare en Estados Unidos en el año 1984. Desde entonces múltiples países han llevado a cabo experiencias en sistemas de pago que incorporan los DRGs como sistema de medida de la casuística (OTA 1995). Las principales ventajas que proporciona un sistema de pagos basado en la actividad (Centre for Health Economics 2007) y por las que se ha desarrollado este sistema en distintos países son las siguientes. En primer lugar, los pagos están basados en cada paciente. De esta manera, el pago basado en la actividad es una descripción bastante precisa del tipo de pacientes que el proveedor ha tratado, lo que se denomina el casemix. Una segunda ventaja de estos sistemas de pagos, ya mencionada anteriormente, es que se basan en una forma de “yardstick competition”, que estimula los incentivos a la eficiencia en aquellos contextos en los que no hay grandes niveles de competencia. Por tanto, se trata de unir el precio al coste del productor eficiente. Por último, una tercera ventaja consiste en que los sistemas de pagos basados en la actividad ofrecen una mayor transparencia en el financiamiento de la provisión de los servicios sanitarios, con una estrecha relación entre la actividad desarrollada y el ingreso que recibe el proveedor.

El sistema de medición de la casuística DRG ha tenido múltiples versiones y adaptaciones. Desde sus orígenes en Estados Unidos, existen en la actualidad múltiples aplicaciones en todo el mundo. Así, la mayoría de países han desarrollado su propia versión de los DRGs. La tabla 1 muestra la diversidad existente (Information 2004). En la actualidad se prevé que la evolución de todos estos sistemas cristalice hacia el modelo que se conoce como International Refined DRGs. Según este modelo (Mullin 2003) es posible mantener un esquema válido para la comparación internacional junto con precisiones de carácter local. En este sentido resulta un sistema altamente satisfactorio porque además resuelve las controversias existentes en relación con la cirugía mayor ambulatoria y otros desarrollos recientes en la atención sanitaria.

Pero todavía queda por desarrollar en la mayoría de países los sistemas de pago ambulatorio. El motivo de tal retraso es que hasta la existencia de modelos como el IR-DRG no ha podido disponerse de agrupadores fiables. En la actualidad, muchos países están valorando su adopción a corto plazo.

En el presente apartado se ofrece una perspectiva general de distintos países, en su mayoría europeos y su evolución reciente en sistemas de pago utilizando medidas de casuística. Su contenido no puede considerarse exhaustivo. El motivo es que el acceso a la información resulta especialmente complejo de obtener y que en muchas ocasiones se anuncia su adopción pero en la práctica hay retrasos y cambios de orientación. Se intentará pues ofrecer una exposición somera y comprensible de la situación actual, teniendo en cuenta que en algunos países, la casuística hospitalaria se utiliza para ajustar presupuestos y no para establecer contratos, dada la configuración de la propiedad existente. Este por ejemplo es el caso de los países nórdicos.



Noruega

Noruega inició un proceso de descentralización a las regiones en 1993 y recibían una financiación global para el conjunto de prestaciones. Las regiones asumían en 1986 el 68% de los costes hospitalarios, mientras que el Estado seguía financiando mayoritariamente el resto. Había tan sólo en aquel momento dos hospitales bajo tutela del Estado (Rikshospitalet and the Norwegian Radium Hospital) (Magnussen 1994).

En 1997 se introdujo la financiación basada en la actividad en los hospitales (*Innsatsstyrt finansiering*, ISF). Desde entonces, las regiones son las que bajo un sistema común compensan la actividad de los hospitales. De este modo, las regiones son las responsables de establecer los contratos específicos con los hospitales.

Noruega fue uno de los países que introdujo pronto las medidas de casuística. Las primeras aplicaciones datan de 1988. Hasta entonces se utilizó como medida de la productividad y para la gestión. Con la introducción del sistema de pago en 1997 el papel de la medida de la casuística se fortaleció.

La versión noruega de los DRG se desarrolló siguiendo las instrucciones del Nordic Medico-Statistical Committee (NOMESCO). En la medida que existía una clasificación propia de procedimientos la NCSP, trataron de encontrar las equivalencias de estos procedimientos con la ICD-10 y con las ICD9-CM en la que se basaban los agrupadores de HCFA. El objetivo final era conseguir un sistema que permitiera la codificación con ICD-10. Así pues las autoridades sanitarias de los países nórdicos (Suecia, Noruega, Finlandia, Islandia y Dinamarca) comparten el mismo sistema de clasificación de pacientes en hospitalización. Al lado del sistema de clasificación propio, Noruega ha desarrollado su sistema de pesos relativos de costes que han aplicado desde el 1999.

El sistema de pago por actividad se aplicó de forma gradual. Inicialmente tan sólo afectaba al 30%, pero ya en el 1999 aumentó al 40% y posteriormente al año siguiente al 50%. Esta evolución continuó hasta que en 2005 el porcentaje de pago por actividad alcanzó el 60%. No obstante, al año siguiente, en 2006, se redujo este porcentaje hasta el 40%.

El impacto de la aplicación de este sistema de pago hospitalario se ha observado fundamentalmente en el volumen de pacientes tratados, mientras que el resultado en costes no ha podido verificarse con precisión (en la medida que no ha podido comprenderse el efecto de los incrementos de volumen en los costes) (Biorn 2002). Cabe señalar también que con efecto enero 2002, el gobierno ha centralizado nuevamente la propiedad y financiación de los hospitales.

En Noruega, cada región decide cómo financiar sus hospitales. La manera en que lo hacen no es completamente transparente, pero sí se ha mostrado que las autoridades incrementan la financiación a los hospitales en función de la estructura de edad de la población que atienden.

Suecia

La financiación de la sanidad en Suecia recae básicamente en la Administración Local. Esto significa que el Estado se reserva las competencias en regulación, pero que el papel clave reside en los condados. De 16 condados, 3 han adoptado el sistema de pago por casuística mientras que entre ellos lo utilizan para compensar los gastos de pacientes desplazados (Paulson 1992s). En 1999 había 19 condados. Los tres mayores Skåne, VästraGötaland y Stockholm representaban más del 50% del gasto sanitario de Suecia.

El instituto sueco SPRI es la referencia fundamental para comprender la investigación realizada en el ámbito de la medición de la casuística. Evaluó las múltiples versiones de agrupadores, pero a pesar de ello no ha habido una aplicación plena de sistemas de pago que utilicen DRGs y hay una amplia variación según área geográfica. Cada región decide el tipo de sistema que desea. Cabe decir que tan sólo cuatro regiones no lo utilizaban en 1998 para el análisis de las altas o para pago. Así, a la hora de evaluar o considerar el efecto del pago basado en actividad no se puede estudiar el país entero como un sujeto sino que el análisis debe ser desagregado para cada región. De hecho, distintas regiones han desarrollado sistemas de pago con distintas proporciones de gasto reembolsadas según actividad para ingresos hospitalarios o servicios ambulatorios (Lundberg y Rydnert, 2003).



Una de las regiones que ha utilizado los DRGs de forma continuada para reembolso es la región de Estocolmo. Cerca del 70% de los gastos hospitalarios se financian mediante un sistema que utiliza la casuística. La actividad docente y de investigación que supone menos del 10% se financia mediante subvenciones específicas. El 20% restante se consigue mediante copagos y transferencias entre centros por la asistencia recibida. En Estocolmo se han utilizado el agrupador nórdico, los NordDRG desde 1997. Para el pago todavía utiliza el AP-DRG para pacientes pediátricos, mientras no se ha desarrollado plenamente el NordDRG.

Estocolmo decidió introducir un modelo de contratación que separaba el papel del comprador del proveedor. Además se ha promovido la conversión de hospitales en empresas autónomas. Aunque distintas regiones usan dicha variante de los DRGs como medida de casuística para el pago a hospitales, Estocolmo también ha desarrollado un sistema propio para la clasificación ambulatoria denominado KÖKS, y de hecho ha tratado de introducir un sistema de financiación basado en la actividad comprehensivo, incluyendo distintos tipos de provisión de servicios sanitarios. En cuanto al sistema de clasificación ambulatoria, en Estocolmo se agrupan de este modo más de 2,2 millones de visitas cada año. La metodología de agrupación se centra más en la significación de costes que en la relevancia clínica.

Finlandia

La competencia de la atención sanitaria en Finlandia la tienen los municipios. De esta manera, la atención primaria, concentrada en centros de salud y los hospitales son gestionados por los municipios o agrupaciones de municipios. La financiación pública tiene dos niveles: el estatal y el municipal. Las transferencias estatales a los municipios van referidas al censo de población, estructura demográfica y morbilidad (Luoma 1996).

La utilización de los DRG en Finlandia empezó en 1987 como cooperación entre los hospitales universitarios y la asociación de hospitales. El resultado de aquel proyecto se publicó por parte de Stakes (la agencia nacional para la investigación y desarrollo en el sector social y salud). Aquel sistema denominado FinDRG contribuyó asimismo a los NordDRG, comentados anteriormente. Los pesos utilizados en los FinDRG se basaron en datos de coste de tres hospitales universitarios.

En 1996 los FinDRG se sustituyeron por los NordDRG, y a principios de 1997 se adoptaron como sistema de pago en el distrito de Nyland. Los hospitales del distrito reciben sus ingresos en base a precios fijos por DRG. A principios de 1998 el hospital universitario de Helsingfors empezó a utilizar un sistema similar basado en los NordDRG. Hay otros distritos que están preparando desarrollos similares. En la actualidad no se utilizan sistemas de medida de la casuística ambulatoria. Las conclusiones de un estudio reciente sobre el impacto del nuevo sistema de pago en Finlandia señalan un efecto inapreciable en la eficiencia (Linna 2002). La explicación de este impacto limitado puede encontrarse en aportaciones recientes (Mikola 2003). En la medida que no hay una separación adecuada entre financiador y proveedor y que ya había existido un aumento de productividad anterior a la puesta en marcha del sistema de pago nuevo.

Dinamarca

Las regiones juegan un papel clave en la financiación de los hospitales daneses. Tienen plena competencia sobre los hospitales, son de su propiedad y tienen capacidad para fijar impuestos. En la actualidad, el sistema de financiación habitual para los hospitales es la presupuestación global sin embargo recientemente han empezado a experimentar con sistema de pago según casuística (Alban 1992). Desde enero de 2007, se ha producido una reforma gubernamental, según la cual el número de municipalidades se ha reducido notablemente (responsables de cuidados ambulatorios). Se ha simplificado la organización sanitaria, de manera tal que el territorio queda ahora dividido en cinco regiones. Las regiones gestionan los hospitales, pero los impuestos regionales se han suprimido y ahora se financian parcialmente por el Estado y las municipalidades, que toman la responsabilidad de los cuidados preventivos y otros que no tienen lugar en los hospitales. De esta manera, las regiones y las municipalidades deben coordinar conjuntamente sus actividades.

En la década de 1980 y en la de 1990 la gestión de los hospitales daneses se realizó mediante presupuestos globales. A mediados de los años 90 tan sólo se habían realizado algunos estudios piloto sobre el uso de la casuística hospitalaria. Un informe de 1994 de la Comisión de Economía Hospitalaria sugería la necesidad de utilizar medidas de casuística. El Ministerio de Salud publicó en 1996 los resultados del análisis y ello impulsó definitivamente su utilización.



En el año 1995 se introdujo la posibilidad de elección de hospital. Aunque de modo limitado, suponía un cambio en la rigidez anterior. En aquel momento apareció la necesidad de los pagos a pacientes desplazados y se creó una Comisión en el Ministerio. Esta comisión publicó un informe en 1998 sobre los pagos a pacientes hospitalarios en Dinamarca. En el informe se mostraba la confusión en las formas de pago. Las mayores diferencias se daban en la medicina especializada. La consecuencia de todo ello fue la necesidad de promover el uso de la casuística. De esta manera, en esos años 90 los presupuestos fueron gradualmente complementados por objetivos específicos, en función de las áreas específicas a las que se pretendía dar prioridad (como aquellos procedimientos con larga lista de espera). En el año 2000 se introdujo en Dinamarca por primera vez el pago basado en la casuística.

En el año 2000 el nuevo compromiso llevó a iniciar la financiación de los hospitales en lo que se ha llamado el modelo 90/10. De este modo, el 10 por ciento de la financiación hospitalaria dependía de medidas de actividad como los DRGs. En una siguiente etapa, en el año 2002 se introdujo un modelo de financiación parcial basado en la casuística entre el estado y las regiones. Finalmente, en 2004 se introdujo una reforma mediante la cual el modelo de financiación basado en la casuística se reparte entre las regiones y los hospitales (Ministerio de Interior y Salud 2005), donde al menos el 20% de la financiación de las regiones a los hospitales debe estar basado en la casuística. Una evaluación del año 2005 mostró cómo las regiones usan la financiación basada en la casuística para entre el 39 y el 52% de la financiación total de los hospitales. Otros efectos mostrados de la introducción de la financiación por casuística es el incremento de la actividad y la reducción de los tiempos de espera. Un factor negativo encontrado es el incremento en la incertidumbre sobre la elaboración del presupuesto de los hospitales (Vallgård et al. 2001).

En Dinamarca las altas hospitalarias se agrupan mediante el NordDRG. Recientemente se ha realizado una validación clínica de la clasificación por parte de las sociedades médicas y el Ministerio. Para poder encontrar un sistema de pago ambulatorio, el Ministerio de Salud está realizando un análisis de los Ambulatory Patient Groups (APG) (Sogaard 2001).

Alemania

El sistema sanitario alemán se basa en tres principios que cubren la financiación y provisión de asistencia sanitaria (Neubauer 1992): Cobertura obligatoria, solidaridad y descentralización.

En la medida que la renta de un empleado se encuentre por debajo de un límite (en 2004 se sitúa en 42.000 € anuales), este empleado y su familia debe ser cubierto por una mutualidad. Si se encuentra por encima de esta cifra puede escoger un seguro privado, pero no puede volver al esquema de las mutualidades. En torno al 10% de los alemanes acceden al seguro privado obligatorio. Por otra parte hay algunos empleados como funcionarios que tienen formas de cobertura singulares.

Las mutualidades mantienen un sistema singular de fijación de precios de acuerdo con los ingresos. De este modo funcionan de manera distinta que la fijación de precios habitual en el mercado asegurador. Los afiliados con una renta elevada pagan más que los que no la tienen, las familias pagan la misma prima independiente del número de miembros, y no hay selección de riesgo.

Las mutualidades tienen capacidad y competencia para organizar la asistencia y son independientes de toda financiación estatal. Hay un total de 482 aseguradoras. El 50% de los hospitales es propiedad de los municipios. Los hospitales no lucrativos representan el 40% y menos del 10% son hospitales privados lucrativos.

A principios de los años 80 apareció un interés por los DRG y asimismo por otro sistema de clasificación denominado Patient Management Categories (Neubauer 1996).

En 1984, el gobierno federal realizó un primer análisis del sistema DRG. El resultado de aquel esfuerzo enfatizaba las dificultades de aplicación en aquel momento para el sistema hospitalario alemán.

Al mismo tiempo empezó un sistema de pago que consistía en dos elementos: procedimientos especiales y procedimientos clínicos. Por el primero podían solicitar pagos especiales y comprende 160 categorías. Por el segundo, denominado *Fallpauschalen (FP)*, se clasificaba buscando la significación clínica fundamentalmente. A los 10 años de ser aplicado tan sólo cerca del 20% de las altas entraban en la financiación bajo este sistema debido a su complejidad. Los hospitales seguían financiados bajo presupuestos globales.



En el año 1992 se impulsó una reforma para conseguir un mayor control de los costes hospitalarios. En relación con el sistema de pago se trataba de encontrar un método que redujera los pagos discrecionales. Pero se mantuvo la incertidumbre. En 1995 se ofreció a los hospitales la posibilidad de pagos prospectivos, pero tan sólo el 3% de los hospitales los aceptaron. La falta de contabilidad de costes era una de las restricciones principales para su adopción.

La información disponible ha mejorado a lo largo de estos años. Se creó un registro de altas que se transfiere a las aseguradoras. Todo ello ha permitido una fijación de presupuestos más adecuada y sin estos esfuerzos no sería viable la adopción de medidas de casuística como los DRGs.

Como resultado de la reforma sanitaria de 2000, se anunció que los DRGs iban a ser adoptados en enero de 2003 de forma generalizada como sistema de pago. Se ha utilizado como base los DRGs creados en Australia e incluyen cerca de 800 categorías. La atención ambulatoria se seguirá retribuyendo bajo el pago por acto médico (Altenstetter 2001). En realidad se ha puesto en marcha a principios de 2004 (Velasco 2004). Todavía es por tanto pronto para poder evaluar el funcionamiento de esta herramienta.

Bélgica

La financiación de la sanidad en Bélgica corresponde a las mutualidades. La afiliación a una mutualidad es obligatoria y el seguro privado ocupa un espacio limitado a seguros complementarios y copagos.

Los hospitales reciben sus ingresos de las mutualidades y de los copagos de los usuarios. El sistema de pago por acto médico ha generado múltiples problemas porque no existían límites. El crecimiento de los gastos ha supuesto una preocupación constante para los gobiernos belgas.

La reforma de 1983 impulsó la adopción de presupuestos prospectivos y límites en el crecimiento del gasto. Los hospitales a cambio gozaron de una mayor autonomía en la gestión.

En 1987 se introdujeron los límites presupuestarios que se establecieron de forma histórica. Esta fijación tuvo efectos perversos porque penalizó a los más eficientes. Ello llevó a la adopción de los sistemas de medida de la casuística (Roger 1992s).

La Universidad de Lovaina desarrolló diversas investigaciones que se consideran claves para la adopción de los DRGs en Bélgica.

En 1983 se introdujo la definición del registro de alta hospitalaria. Pero su adopción tardó 7 años en hacerse obligatoria. Fue entonces cuando las investigaciones realizadas mostraron la capacidad de adopción del sistema DRG.

En 1994 Bélgica empezó a utilizar el All Patients DRG (AP-DRG). Desde entonces se ha aplicado a la planificación hospitalaria y a análisis de la casuística. Aquellos hospitales que tienen una estancia media superior a 2% del conjunto tienen que afrontar una penalización del 50% de los ingresos. Y al revés, los que se encuentran por debajo reciben compensación adicional (Roger 1996; Closon 1996; Perelman 2004). Debido a este sistema de pagos, la organización interna de los hospitales hay dudas sobre si pueden realizar seguimientos más cercanos a sus pacientes y tratar de reducir la estancia hospitalaria por encima de las necesidades de los pacientes (HOPE 2006). El registro de actividad ambulatorio se introdujo en 1995 y en 1997 ya se disponía de datos a nivel nacional.

Reino Unido

A principios de los 90, el gobierno británico impulsó una reforma sanitaria. Entre otros aspectos implicaba una descentralización a las regiones y la creación de los que se definió como mercado interno. Sin embargo en 1997, la orientación cambió radicalmente. El nuevo gobierno otorgó una prioridad mayor a la cooperación que a la competencia y de este modo se inició un proceso que continúa hasta la actualidad. El nuevo esquema se calificó como atención integrada.

Bajo este sistema 500 grupos de atención primaria son los encargados de comprar servicios sanitarios para la población. Cada grupo de atención primaria comprende en torno a 100.000 personas y lo forman unos 50 médicos generales y enfermeras.



Los grupos son responsables de cubrir los costes de la mayoría del tratamiento hospitalario así como el de la atención primaria.

La tarea más importante para los distritos es ofrecer pautas de actuación y vigilar la asistencia a nivel local. Son los responsables de los planes de salud y estadística sanitaria. Participan en los consejos de los hospitales y son todavía responsables de la compra de algunos servicios especializados.

En Inglaterra la fijación de precios según casuística se ha introducido en las especialidades quirúrgicas y en la mayoría de las médicas. La National Casemix Office es la responsable del sistema de casuística desde 1991 (NCO 1997).

A partir de los DRGs iniciales, en Inglaterra se desarrollaron lo que se conoce como Healthcare Resource Groups (HRG-groups). Se trataba de conseguir una mayor significación clínica, aunque en la práctica acaban siendo muy similares. Hay 550 HRG-groups. Pero al mismo tiempo en su inicio no eran suficientemente significativos en cuanto al consumo de recursos. Esto llevó a múltiples particiones y subgrupos. La tercera versión del sistema se introdujo en 1997 (Sanderson 1997). Los HRGs proporcionan una manera de describir y gestionar la actividad de los hospitales mejor que los sistemas basados en la actividad provista a cada paciente o a grupos de pacientes. No obstante, este sistema de los HRGs funciona mejor cuando se trata de pacientes agudos que cuando se trata de enfermos crónicos, ya que los costes en los tratamientos asociados a los agudos están mucho más relacionados con el diagnóstico y el procedimiento seguido, mientras que en el caso de los enfermos no agudos hay un mayor abanico de factores que influyen en el coste

Al mismo tiempo se han diseñado los Health Benefit Groups (HBG's). Se trata de unos grupos de pacientes que presentan necesidades similares y que la intervención a adoptar lleva a alcanzar resultados similares. Estos grupos se relacionan con los HRGs adecuados y de esta forma los costes de una población y las ganancias potenciales pueden establecerse con claridad (Sanderson 1997).

Los primeros HBGs que se establecieron fueron para enfermedades como cáncer, cardiopatías, traumatismo craneal, enfermedades venéreas, insuficiencia cardiaca. En la actualidad se está ampliando el espectro de estos grupos.

Desde 1994 Gales utiliza el All Patients Diagnosis Related Groups (AP-DRG). Las diferencias entre el AP-DRG y el HRG son importantes en un inicio. El AP-DRG acaba utilizándose para los pacientes desplazados entre Inglaterra y Gales (Sutch 1997).

La transferencia de competencias a Escocia supone que previsiblemente se abra un nuevo horizonte en los sistemas de pago hospitalario en aquel país que hasta el momento se basaba en el modelo inglés.

Irlanda

El acceso a la asistencia sanitaria depende de las condiciones individuales y no hay un sistema de cobertura universal para todos los ciudadanos. En torno al 32% de la población tiene derecho al acceso gratuito a la asistencia sanitaria. El 68% restante tiene una capacidad restringida de acceso y deben afrontar copagos. El 42% de la población dispone de seguros privados aunque el volumen económico tan sólo representa el 10% del gasto del sector público (Kurunmaki 1999).

Las medidas de casuística han sido utilizadas en Irlanda desde finales de los años 80. En 1993 se experimentó con presupuestos ajustados por casuística en 14 hospitales que representaban el 40% de las camas hospitalarias de Irlanda. En 1996 se extendió al conjunto de los hospitales. Las diferencias presupuestarias a las que daba lugar tuvieron que corregirse, unos ganaron recursos y otros perdieron. Pero para evitar un impacto excesivo se adoptó un proceso gradual (Wiley 1997).

Hay dos programas de recogida de información el Hospital Inpatient Enquiry y el Specialty Costs Programme.

El programa HIPE recoge y codifica la información mediante el agrupador DRG HCFA-16. Los casos de cirugía sin ingreso y procedimientos en Hospital de Día son codificados en ICD-9 CM y agrupados en DPG's (Day Patient Groups), un sistema desarrollado en Canadá por el Canadian Institute for Health Information. La actividad ambulatoria y de urgencias no se agrupa según casuística por el momento.



El programa Specialty Costs Programme recoge costes de 32 de los 66 hospitales incluidos en HIPE. Sus resultados no han sido publicados por el momento (Wiley 1995).

Francia

Antes de la reforma de 1996, el sector sanitario disponía de un sistema de financiación complejo. El seguro era obligatorio para las personas con empleo, mientras que para los desempleados había programas específicos gubernamentales. Mediante la reforma se modificaron las condiciones de acceso y universalidad de cobertura. Se pasó hacia un sistema de financiación por la vía fiscal (de Pouvoirville 1992).

Pero la reforma afectó también a los hospitales a su nivel de financiación. La existencia de importantes variaciones regionales dio lugar a una evolución hacia indicadores per cápita de gasto. Pero por otra parte no modificó su singular esquema de copagos y reembolso de actos médicos. El elevado nivel de copagos lleva a que la mayoría de la población contrate seguros privados de copago.

Desde 1998 hay un presupuesto sanitario para cada región que se administra por la agencia correspondiente (Agence Régionale de l'Hospitalisation). La responsabilidad de esta agencia va evolucionando asimismo hacia un organismo que vigila tanto los costes como la calidad de la asistencia.

En 1982 Francia inició el programa PMSI (Le Programme de Médicalisation du Système d'Information). La iniciativa iba dirigida a mejorar los sistemas de información pero tardó algunos años en cristalizar. No fue hasta 1988 que el primer aspecto a introducir fue el registro de altas hospitalarias. Inicialmente se utilizó la versión 3 del agrupador HCFA's DRG. Sin embargo en el proyecto PMSI introdujeron algunas modificaciones a lo que le llamaron GHMs (Groupes Homogènes de Malades) (Rodrigues 1996).

En 1991 se publicaba el manual que explicaba el sistema GHM, casi diez años después de la creación del programa. En 1997 se introduce los GHM para la financiación hospitalaria. La base de cálculo parte de indicador de casuística relacionándolo con los presupuestos hospitalarios per cápita de la región.

La cuarta versión del agrupador GHM estuvo disponible en 1997 e incorporaba 512 GHM y era similar a la versión 12 de los AP-DRG. Los hospitales privados no han aplicado plenamente el registro de altas y por consiguiente solo una pequeña parte utiliza medidas de casuística. (Rodrigues 1998)

En 2004 se ha iniciado una reforma que ha introducido el ajuste por casuística en el sistema de pago hospitalario. Anteriormente subsistían dos sistemas: presupuesto global y otro para las clínicas privadas de tipo forfait por acto médico. Estos sistemas se han mostrado insuficientes para contener costes. El cambio a partir de 2004 ha supuesto una tarificación según actividad que ha evolucionado hasta llevarse a cabo a partir de 2006.

Italia

En 1980 se introdujo en Italia el Servicio Nacional de Salud (Servizio Sanitario Nazionale; SSN) y se financia mediante cotizaciones sociales e impuestos. Los hospitales públicos son mayoritarios, mientras que muchos hospitales privados gozan de concertos con el sector público.

Hay tres niveles de responsabilidad en el sector salud, el estatal, el regional y el local. El Estado financia los recursos de cada región de acuerdo con un criterio per cápita. Las regiones organizan la prestación de servicios de acuerdo con los estándares establecidos pero si hay gastos adicionales deben ser asumidos por ellas. Las entidades locales son las que llevan a cabo programas sanitarios y gestionan los centros.

La ley de reorganización de 1992 supuso un cambio clave en la provisión de servicios sanitarios en Italia. Se buscaba conseguir una mayor productividad de los hospitales. La ley establecía criterios para la separación del papel de proveedor y comprador. Con ello las entidades locales pasaban a ser compradoras para núcleos de población de 50 a 200 mil habitantes. A partir de 1995 se generaliza un nuevo sistema de financiación hospitalario (Aparo 1998).



La introducción del sistema de pago prospectivo supuso un cambio hacia la financiación según casuística utilizando DRGs. Asimismo el nuevo sistema incorporaba incentivos para cirugía sin ingreso y para evitar el exceso de utilización de los hospitales de agudos. De esta manera, la introducción de los DRGs ha propiciado una reducción de la duración de los ingresos hospitalarios y ha incrementado el uso de los centros de salud ambulatorios (HOPE 2006). En la actualidad se utiliza el agrupador HCFA versión 10. Todas las altas hospitalarias se incluyen en un registro obligatoria de alta, (Scheda di dimissione Ospedaliera; SDO) y el sistema de pago afecta a todos los hospitales bajo financiación pública (Louis 1999).

En la actividad ambulatoria no ha habido avances significativos en la utilización de la casuística para sistemas de pago. Sin embargo cabe destacar los esfuerzos para encontrar sistemas de clasificación de pacientes en pacientes sociosanitarios.

En el ámbito sociosanitario se ha venido experimentando con la clasificación RUG por parte del Ministerio de Sanidad. El objetivo es validar los Resource Utilization Groups, version 3 (RUG-III) en Italia (Ferrucci 1997).

Portugal

Portugal dispone de un sistema sanitario financiado a través de impuestos pero que a su vez incorpora pagos privados. El gasto público representa el 62%. Las regiones sanitarias administran los recursos sanitarios con un presupuesto capitativo ajustado según variables demográficas y de necesidad. El 80% de los hospitales portugueses son propiedad del Estado.

La introducción de los DRGs en Portugal fue similar a la de otros países. Inicialmente se estableció un marco de análisis y validación en los años 80 que cristalizó en su utilización para el sistema de pago (Urbano et al. 1992). En la actualidad se utiliza el agrupador HCFA versión 10.

En 1997 se utilizaron los DRG para financiar el 10% de los ingresos hospitalarios. En los años siguientes aumentó esta cuantía hasta el 50%. Los DRGs también se utilizan para comparar entre hospitales la casuística y resultados (Bentes 1996).

Una evaluación del impacto de los primeros años de aplicación señala cómo hay una mayor preocupación por reducir la duración de los ingresos hospitalarios de los pacientes y que ha mejorado el conocimiento sobre la actividad y producción de salud de los hospitales (HOPE 2006).

En relación con la asistencia ambulatoria se prevé introducir los Ambulatory Patient Groups (APG). Los Ambulatory Patient Groups se han probado en hospitales portugueses desde mediados de 1995. El esfuerzo realizado ha permitido establecer sistemas de registro y codificación de la actividad ambulatoria así como validar la adecuación de los APGs para Portugal. A pesar de ello no se utilizan todavía como sistema de pago (Bentes 1996).

España

El Sistema Nacional de Salud dispone de un elevado nivel de descentralización a las Comunidades Autónomas que ha sido completado efectivamente en 2002. Hasta el momento las 7 Comunidades Autónomas que ya disponían de competencias han desarrollado un conjunto de políticas de financiación de los hospitales de acuerdo con sus realidades singulares.

En algunas Comunidades Autónomas como Catalunya, los sistemas de pago han mantenido un protagonismo especial en la medida que el papel de los hospitales concertados es mayoritario. Así por ejemplo en 1997 se inició la puesta en marcha de un nuevo sistema de pago que incorpora la medida de la casuística para los pacientes ingresados.

Los hospitales catalanes reciben unos ingresos por los pacientes hospitalizados en función de la estructura y de la casuística. De este modo hay un pago por alta modulado en función de los indicadores de estructura (IRE), que depende de la capacidad instalada, y de casuística (IRR). El primero representa el 65% del alta, mientras que el segundo un 35%. Está previsto ir modificando estos porcentajes para ponderar más la casuística en el futuro.

En Andalucía se introdujo un nuevo sistema de pago en 1998. Los hospitales andaluces reciben un presupuesto global mediante un contrato programa. En su definición se utilizan unos indicadores de casuística que ayuda a definir el monto



total que financia lo que se denomina actividad clínica. Por otra parte hay una financiación de lo que denominan entorno que se establece en función de estancias.

En el País Vasco se ha considerado necesario introducir dos principios básicos en la fijación de los presupuestos: precios iguales para productos iguales, y situar a todos los centros en una posición de partida similar. Por el primero se busca obtener un precio común para el DRG, independiente de las características del hospital (coste medio del hospital más eficiente). Por el segundo criterio se asume la realidad histórica y costes reales intentando compatibilizar la situación actual y la deseada. Estas diferencias cristalizan en el componente estructural relativo y el diferencial gestionable (que se refiere a subvenciones específicas de garantía financiera). Así pues el precio básico, el componente estructural relativo y el diferencial gestionable son los tres elementos en la configuración del coste de los servicios de hospitalización en el contrato programa del País Vasco (Betolaza 2000).

Los DRGs se introdujeron en España a mediados de los años ochenta siguiendo un patrón similar a otros países europeos. En un principio se trató de un esfuerzo dirigido a validación y para la mejora de la información clínica. Ha sido a partir de la experiencia inicial de Catalunya en 1997 que se han utilizado para el pago de los servicios hospitalarios concertados. En este caso se utilizan la versión HCFA, mientras que en la mayoría de iniciativas en toda España se están aplicando la versión AP-DRG.

La medida de la casuística ambulatoria se ha realizado en el ámbito experimental mediante APGs y Ambulatory Care Groups. Sin embargo no hay experiencias de adopción como sistema de pago. A nivel estatal se han definido los pesos y costes del sistema AP-GDR para el Sistema Nacional de Salud (2000).

Austria

Hasta 1997 los hospitales en Austria eran reembolsados en pagos por estancia. El nuevo sistema se configuró como un pago por caso separando aquellos que contenían procedimientos de los que se referían a diagnósticos principales. Se trataba pues de un sistema similar a los Diagnosis Related Groups, los LDF groups. Para cada LDF existían unos puntos relativos a tratamiento y otros relativos a estancia. Cada uno de ellos operaba en el margen, si se superaba, se aceptaba pero de forma decreciente. Mientras que si se estaba por debajo debía admitirse una reducción en los puntos. Esto se aplica todavía por parte de los distintos estados y ha dado lugar a 9 versiones distintas.

El impacto del sistema fue positivo en lo que a contención de costes se refiere. El sistema de pago basado en la casuística utilizando los DRGs ha tenido como consecuencia una mayor transparencia, más conciencia sobre el control del gasto, y una mayor eficiencia, además de un mayor uso de las instalaciones ambulatorias y algunos cambios estructurales (HOPE 2006).

4. EL EFECTO DE LAS INNOVACIONES EN LOS SISTEMAS DE PAGO

El objetivo último de un sistema de pago bien diseñado para la provisión de servicios sanitarios es tratar de promover incentivos a la eficiencia en la producción de salud. Y este objetivo de la eficiencia se puede considerar desde dos perspectivas distintas, una estática y una dinámica. La perspectiva estática se refiere a intentar obtener el máximo incremento en la salud de los ciudadanos dados los fondos y los medios técnicos y materiales disponibles en un periodo de tiempo determinado. La perspectiva dinámica, en cambio, se preocupa de favorecer las condiciones para que en subsiguientes períodos los medios técnicos y materiales sean los óptimos. Es decir, promover la adopción de las innovaciones que resulten eficientes para los periodos futuros.

Por su propia naturaleza un sistema de pago prospectivo introduce incentivos a adoptar nuevas tecnologías que disminuyen costes buscando la eficiencia. Pero, el sistema de pago también necesita introducir mecanismos que tengan en cuenta tecnologías seguras y efectivas que mejoran la calidad, a pesar de que incrementen costes. En definitiva, para llegar al concepto de eficiencia se debe tener en cuenta no sólo el coste, sino la relación entre el output conseguido y los inputs escogidos por el proveedor. Así pues, el sistema de pago no puede influir en el uso de un procedimiento o una tecnología frente a otra que es clínicamente sustitutiva, la decisión es fruto del criterio clínico.

No obstante, y a pesar de la importancia de las decisiones clínicas, es conveniente establecer un equilibrio entre la financiación necesaria para mantener el acceso a las nuevas tecnologías efectivas y los recursos disponibles. Esto se debe a



que en determinadas patologías pueden aparecer estrechas relaciones entre mayores costes fruto de innovación tecnológica. Entonces se deben analizar los factores a actualizar teniendo en cuenta el concepto del coste de oportunidad, ya que todos los inputs que se dediquen a una innovación no se dedican a otra. Por tanto es importante utilizar un criterio de eficiencia en la elección de las innovaciones que deban ser adoptadas.

Un sistema de pago a proveedores es fruto de múltiples factores: un sistema de clasificación, unidades de pago y pesos relativos. El sistema de clasificación de pacientes puede influenciar el uso de determinadas tecnologías. Por ejemplo, si no se tienen en consideración alternativas de cirugía ambulatoria, se podrían acarrear desajustes notables en el sistema de pago y los incentivos a adoptar nuevas tecnologías. Por otra parte, la unidad de pago determina los servicios que se agrupan para pagar. Mientras que el pago por DRG supone una unidad de pago muy amplia, los pagos por servicios diagnósticos y actos médicos serían más concretos. Y cuanto más amplia sea la unidad de pago, mayores son las opciones de elección a nivel de proveedor a la hora de adoptar innovaciones, pero también para evitar el suministro adecuado de las prestaciones. Por último, los pesos relativos tratan de ajustar de forma relativa los recursos a asignar y sirven para recalibrar el impacto relativo de los costes y la nueva tecnología.

En los últimos años el impacto de la nueva tecnología en el ámbito ambulatorio ha sido extraordinaria y sin embargo las adaptaciones del sistema de clasificación de pacientes, unidades de pago y pesos relativos han sido muy pocas en este aspecto. Un ejemplo de adaptación lo proporciona el gobierno americano, que a través del programa público de Medicare ha adoptado medidas para que servicios similares en coste relacionados con nuevas tecnologías fueran reembolsados de manera adecuada mediante suplementos (Medpac 2001). Además es posible recalibrar los pesos relativos en aquellos casos que puede diferenciarse con claridad el impacto de la nueva tecnología.

Es importante tener en cuenta que las innovaciones que se adoptan en los servicios sanitarios y por tanto afectan a los sistemas de pago no son sólo tecnológicas sino que también pueden ser innovaciones organizacionales. En este sentido es importante tener en cuenta la aparición de las organizaciones sanitarias integradas como un nuevo entorno organizativo.

La realidad de los proveedores sanitarios está en constante evolución. Si durante años se ha reclamado la coordinación entre niveles asistenciales: atención primaria y hospitalaria, ahora las tendencias apuntan hacia la creación de organizaciones sanitarias integradas.

La integración asistencial se entiende como una forma de impulsar la coordinación desde una vertiente funcional y clínica. Desde una perspectiva funcional se trata de aprovechar los mecanismos propios de la gestión de proveedores para sacar el máximo provecho de las sinergias. Y desde la perspectiva clínica lo que se espera es una mayor coordinación en las decisiones ante una realidad de pertenencia a la misma organización, la misma cultura y los mismos procesos.

Esta innovación organizacional de transformar una visión fragmentada de los proveedores hacia unos proveedores integrados tiene como consecuencia unos impactos en los sistemas de pago que deben ser estudiados. Así, aparece un nuevo nivel a compensar que es la organización sanitaria integrada que se relaciona necesariamente con la población que tiene de referencia. Un sistema de pago capitativo es el apropiado cuando se trata de retribuir a la organización sanitaria integrada, pero hay que tener en cuenta que un pago puramente capitativo a la organización integrada no niega la posibilidad de que cada proveedor sea compensado en función de su actividad.

La evolución hacia nuevos modelos organizativos implica la existencia al mismo tiempo de pagos capitativos ajustados por riesgo y de sistemas de pago a proveedores en función de la actividad. Los primeros se refieren al pago de la aseguradora a la organización sanitaria integrada, mientras que los segundos compensan la actividad internamente, dentro de la propia organización sanitaria integrada. De no ser así, si no se tuvieran en cuenta los pagos a los proveedores, se acabaría reduciendo el incentivo a la eficiencia pretendido.

5. COMENTARIOS FINALES

El incremento en el gasto sanitario que ha tenido lugar en todas las economías en las últimas décadas a llevado a una mayor preocupación en los agentes de política sanitaria por promover incentivos a la eficiencia en la provisión de los servicios sanitarios. En este sentido, en la década de los 90 no se generalizó en Europa la adopción de sistemas de pago basados en casuística, sino que las experiencias han sido ocasionales y de impacto limitado en su mayor parte. No obstante, el aprendizaje

de las múltiples experiencias que a finales de los 90 estaban en marcha señala una adopción general en la mayoría de países europeos de sistemas de pago hospitalario que incorporan en su mayoría ajustes por la casuística tratada.

Los agentes de política sanitaria, de manera prudente, han evitado la controversia que generaría un sistema de pago totalmente prospectivo, trasladando riesgos en exceso hacia los proveedores y de forma indirecta incentivando la selección, a pesar de renunciar de esta manera a mayores incentivos a la eficiencia en la provisión de los servicios sanitarios. En cambio, se observa cómo de forma progresiva se están implantando sistemas de pago mixtos, que no son ni totalmente prospectivos, ni totalmente retrospectivos. Además el grado de prospectividad puede ir modulándose en el tiempo a medida que las partes aprenden el comportamiento de los agentes con los incentivos que se proporcionan.

Sin embargo, todavía hoy los sistemas de pago no tienen en cuenta las implicaciones en los costes de la innovación tecnológica. Esta es una de las preocupaciones que deben existir para el futuro. Las actualizaciones de los pesos relativos de costes deberán tener en consideración en el futuro el grado de innovación tecnológica.

Finalmente, es importante señalar el desarrollo de una nueva realidad organizativa en la provisión de servicios sanitarios como son las organizaciones sanitarias integradas. Los sistemas integrados dan lugar a la aparición de sistemas de pago basados en el ajuste de riesgos con un pago capitativo. La aparición de un pago capitativo por parte de la aseguradora pública o privada hacia las organizaciones sanitarias integradas implica que los sistemas de pago por actividad a proveedores dentro de la organización sanitaria integrada mantienen su vigencia. La asignación poblacional representa el techo de gasto sobre el que necesita compensarse la actividad y calidad realizada por los distintos proveedores. Es decir, cada organización sanitaria integrada necesitará compensar a los proveedores según sistemas de pago que ajusten por actividad y así conseguir una mayor eficiencia.

REFERENCIAS

- 1 Alban, A., Ed. (1992). Denmark: Continuing Development and Potential Alternative Directions. The Migration of Managerial Innovation. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- 2 Altenstetter, C. (2001). Health care reform in Germany in comparative perspective, with special attention to funding and reimbursement issues of medical and hospital services. Health Governance in Europe: Europeanization and New Challenges in Health Policies. 29th ECPR Joint Sessions of Workshops, Grenoble.
- 3 Aparo, U. L., Cas R.D., Lorenzoni, L. (1998). Application of the All Patient Refined DRGs for internal Management. Patient Classification System/Europe (PCS/E); 14th International Working Conference,, Manchester.
- 4 Bentes, M., Mateus, M.C., Esteves, S., Valente, M.C., Vertrees J.C. (1996). Towards a more comprehensive financing system for the Portuguese NHS hospitals. Patient classification system/Europe (PCS/E); 12th International Working Conference, the Australian Case Mix Week, Sydney.
- 5 Bentes, M., Mateus, M.C., Gonsalves M.L. (1996). DRGs in Portugal: A Decade of Experience. The Eighth Casemix Conference in Australia, Casemix and Change - International Perspectives, Sydney.
- 6 Betolaza, J. I. (2000). Propuestas para mejorar la eficiencia de las instituciones sanitarias. Evaluación de las organizaciones sanitarias: ¿Asignatura pendiente?. J. Asua, Del Llano, J. Bilbao.
- 7 Biorn, E. (2002). The effect of activity-based financing on hospital efficiency: a panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000. Working Paper 2002: 8. University of Oslo. Health Economics Research Program. Oslo.
- 8 Catsalut (1996). Orientacions sobre el nou sistema de pagament als centres de la XHUP. Barcelona.
- 9 Closon, M. C., E. Azoury, A.F. Herbeuval, M. Lopez, I. Pouplier, F.H. Roger France, N. Swartenbroeck (1996). New Financial Incentives for Acute Care Hospitals in Belgium. Patient classification system/Europe (PCS/E); 12th International Working Conference, the Australian Case Mix Week,, Sydney.
- 10 Consumo., M. d. S. y. (2000). Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Madrid.
- 11 de Pouvourville, G. (1992). France: The Introduction of Case-based Hospital Management. The Migration of Managerial Innovation. J. R. Kimberly. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.



- 12 Dismuke C.E., S. V. (1999). "Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnostic technologies in Portuguese public hospitals? An empirical analysis using parametric and non-parametric methods." Health Care Management Science 2(2): 197-116.
- 13 Ferrucci, L. (1997). Validity of the Italian version of the Resource Utilization Groups (RUG-III). A Case for the need of a case-mix measure for rating nursing home residents in the Italian health care system. Patient classification system/ Europe (PCS/E): 13th International Working Conference, Florence.
- 14 García Goñi, M. (2006b): "El Ajuste de Riesgos en los mercados sanitarios. Experiencias Europeas". Chapter 7 in Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance, edited by Pere Ibern (15º título colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria).
- 15 Glaeser, E. S., A. (2001). "Not-for-profit entrepreneurs." Journal of Public Economics 81: 99-115.
- 16 Hakanson, S. (2000). "Productivity changes after introduction of prospective payments in Sweden." Casemix 2: 47-57.
- 17 Hasset, K. A. H., R.G. (2000). Noncontractible quality and organization form in the U.S. hospital industry.
- 18 HOPE (2006). DRGs as a financing tool. European Hospital and Healthcare Federation. Disponible en: http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/77_drg_report/77_drg_report_2006.pdf
- 19 Ibern, P., Ed. (1999). Incentivos y contratos en los servicios de salud. Barcelona, Springer-Verlag Ibérica.
- 20 Ibern, P., Vertrees, J., Manton, K.G., Woodbury, M.A.. (1993). Hospital groups and casemix measurement for resource allocation and payment. Diagnosis Related Groups in Europe. M. Casas. Berlin, Springer Verlag.
- 21 Information, C. I. f. H. (2004). Acute care grouping methodologies: from diagnosis related groups to case mix groups redevelopment. Ottawa.
- 22 Kjerstad, E. (2003). "Prospective Funding of General Hospitals in Norway—Incentives for Higher Production?" International Journal of Health Care Finance and Economics 3: 231-251.
- 24 Kurunmaki, L. (1999). The Irish health care system: cost containment measures during the 1980s and 1990s. Discussion Paper n° 11 LSE Health.
- 25 Laffont, J. J. (1987). "Toward a normative theory of incentive contracts between government and private firms." The Economic Journal 97(Conference 1987): 17-31.
- 26 Linna, M. (2002). The impact of health care financing reform on the productivity change in Finnish hospitals. Working Paper. National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- 27 Louis, D. Z. (1999). "Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy." Health Services Research 34(1): 405-415.
- 28 Lundbert, A., Rydnert, B. (2003). Hälso- och sjukvårdens ersättningsformer - en delrapport inom Kraftsamlingsområde Ledning och styrning av hälso- och sjukvården (Health care reimbursement forms), Stockholm, Landstings Förbundet.
- 29 Luoma, K. (1996). "Financial incentives and productive efficiency in Finnish health centers." Health Economics 5: 435-445.
- 30 Magnussen, J., Solstad, K. (1994). "Case-based hospital financing: the case of Norway." Health Policy 28: 23-36.
- 31 McClellan, M. S., D. (2000). Comparing hospital quality at for-profit and not-for-profit hospitals. The changing hospital industry: comparing not-for-profit and for-profit institutions. D. M. Cutler. Chicago, The University of Chicago Press.
- 32 Medpac (2001). Medicare Payment Policy. Washington, DC., Medicare Prospective Assessment Commission.
- 33 Mikola, H. (2003). "Hospital Pricing Reform in the Public Health Care System—An Empirical Case Study from Finland." International Journal of Health Care Finance and Economics 3: 267-286.
- 35 MINISTRY OF THE INTERIOR AND HEALTH (2005a) Evaluering af takststyring på sygehusområdet (Evaluation of Activity Based funding in hospitals) http://www.im.dk/publikationer/eva_takststyring/index.htm, Copenhagen, Ministry of the Interior and Health.



- 36 Mullin, R. e. a. (2003). Case mix analysis across patient populations and boundaries. a refined classification system designed specifically for international use. Wallingford.
- 37 NCO (1997). Turning data into information. Winchester, National Casemix Office. NHS Executive.
- 38 Neubauer, G. (1992). Germany: An outsider in DRG Development. The Migration of Managerial Innovation. J. R. Kimberly. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- 39 Neubauer, G. (1996). Case Mix Use in Germany. The Eighth Casemix Conference in Australia, Casemix and Change - International Perspectives, Sydney 16-18 September 1996.
- 40 Newhouse, J. P. (1996). "Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection." Journal of Economic Literature **34**(3): 1236-1263.
- 41 OTA, Ed. (1995). Hospital financing in seven countries. Washington, DC.
- 42 Oxley (1995). New directions in health care policy. Organisation for Economic Co-operation and Development. Paris.
- 43 Oy, D. (1996). NordDRG, User's Manual. Espoo, Datawell Oy.
- 44 Paulson, E. M. (1992s). Sweden: A Health Care Model in Transition. The Migration of Managerial Innovation. J. R. Kimberly. San Francisco, Jossey-Bass Publisher.
- 45 Perelman, J. (2004). Hospital response to prospective financing of
- 46 in-patient days - the case of Belgium. Center in Health Economics, Health Services Research, Université Catholique de Louvain.
- 47 Rauner, M. S. S.-L., M.M. (2002). „Impact of the new Austrian inpatient payment strategy on hospital behavior: a system-dynamics model.“ Socio-Economic Planning Sciences **36**(3): 161-182.
- 48 Rodrigues, J. M. (1996). The French Connection. The Eighth Casemix Conference in Australia, Casemix and Change - International Perspectives, Sydney.
- 49 Rodrigues, J. M. (1998). France as a Case Study for the Use of DRGs like French Casemix in Hospital Budgeting: Inequities and Efficiencies among French Hospitals. Paper presented at Spoleto Summer School.
- 50 Roger, F., Michel I., Beguin CL, Pouplier I., Closon M.C. (1996). Teaching Physicians to Use DRG's: The Situation in Belgium. The Eighth Casemix Conference in Australia, Casemix and Change - International Perspectives, Sydney.
- 51 Roger, M., Ed. (1992s). Belgium: Steady and Incremental Activity. The Migration of Managerial Innovation. San Francisco, Jossey-Bass Publisher.
- 52 Sanderson, H. (1997). "The development of patient groupings for more effective management of health care." European Journal of Public Health **7**: 210-214.
- 53 Sanderson, H. (1997). Health Benefit Groups - one year on. Patient classification system/Europe (PCS/E): 13th International Working Conference, Florence.
- 54 Sanderson, H., Mountney, L. (1997). "Healthcare resource groups version 2." Journal of Public Health Medicine **17**: 349-354.
- 55 SAS (1999). Modelo marco para la financiación de los hospitales. Sevilla.
- 56 Shleifer, A. (1985). "A theory of yardstick competition." Rand Journal of Economics **16**(3): 319-327.
- 57 Shleifer, A. (1998). "State versus private ownership." Journal of Economic Perspectives **12**(4): 133-150.
- 58 Shortell, S. M., Gilleis, R.R., Anderson, D.A., Erickson, K.M., Mitchell, J.B. (2000). Remaking health care in America. San Francisco, Jossey-Bass.
- 59 Sogaard, J. (2001). Activity based payment of hospital services: the scandinavian experiences. Paper presented at the conference "La tarification à la pathologie". Paris.
- 60 Street, A., Vitikainen, K., Bjorvatn, A., Hvenegaard, A. (2007). "Introducing activity-based financing: a review of experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden". Centre for Health Economics Research Paper 30, University of York.



- 61 Sutch, S. P. (1997). Grouping issues in England and Wales - the use of APDRGs in Wales with the advent of HRGs version 3. Patient classification system/Europe (PCS/E); 13th International Working Conference, Florence.
- 62 Urbano, J., Bentes, M., Vertrees J.M. (1992). Portugal: National Commitment and the Implementation of DRGs. The Migration of Managerial Innovation. J. R. Kimberly. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- 63 Vallgård, S., Krasnik, A., Vrangbaek, K. (2001). Health Systems in Transition, Denmark 3(7), Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- 64 Van de Ven, W.P.M.M. and R.P. Ellis (2000): "Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets." in: A.J. Culyer and J.P. Newhouse, eds., Handbook of Health Economics (Elsevier, Amsterdam) Chapter 14.
- 65 Velasco, M., Busse, R (2004). "Alemania: calidad y financiación de la asistencia en crisis." Ars Medica. REvista de Humanidades 1: 57-73.
- 66 Wiley, M. M. (1995). " Budgeting for acute hospital services in Ireland: the case-mix adjustment." Journal of the Irish Colleges of Physicians and Surgeons 24(4).
- 67 Wiley, M. M. (1997). The health care system-Ireland. OECD Economic Surveys. Paris.

Tabla 1.
Sistemas de clasificación de actividad hospitalaria

País	Sistema de clasificación	Utilizado para pago	Codificación diagnóstica	Codificación procedimientos
Canadá	CMG/Plx	No, Si Ontario	ICD-10-CA	CCI
Australia	AR-DRG	Si	ICD-10-AM	ICD-10-AM
Gran Bretaña	HRG	Si	ICD-10	OPCS-4
Estados Unidos	HCFA-DRG, R_DRG, AP-DRG, APR-DRG	Si	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Austria	LDF	Si	ICD-10	ACP
Bélgica	APR-DRG	Si	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Bulgaria	IR-DRG	No	ICD-9-CM	ICD-9-CM
República Checa	AP-DRG, IR-DRG	Si	ICD-10	ICPM
Dinamarca	Nord-DRG, Dk-DRG**	No	ICD-10*	NCSP
Finlandia	Nord-DRG	Si	ICD-10*	NCSP
Francia	GHM, EFP	Si	ICD-10	CDAM
Alemania	G-DRG (AR-DRG)	Si	ICD-10-SGBV	OPS-301 v.2.0
Grecia	HCFA-DRG	No	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Italia	HCFA-DRG, APR-DRG	Si	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Holanda	DBC	No	ICD-9-CM	CVV
Noruega	Nord-DRG	Si	ICD-10*	NCSP
Portugal	HCFA-DRG	Si	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Rumania	HCFA-DRG, AP-DRG, IR-DRG	No	ICD-10	ICPM
España	HCFA-DRG	No/Si en Catalunya	ICD-9-CM	ICD-9-CM
Suecia	Nord-DRG	Si	ICD-10 *	NCSP
Suiza	AP-DRG	No	ICD-10	ICD-9-CM

Fuente: Adaptado de C. I. H. I. (2004). *Acute care grouping methodologies: from diagnosis related groups to case mix groups redevelopment*. Ottawa





LOS SERVICIOS DE URGENCIA, FINANCIACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA DEMANDA

Ricard Meneu





II LOS SERVICIOS DE URGENCIA, FINANCIACIÓN Y ADECUACIÓN DE LA DEMANDA

Ricard Meneu

INTRODUCCIÓN

La asistencia urgente está insuficientemente considerada e inadecuadamente integrada en la mayoría de los sistemas sanitarios. Algo que resulta paradójico dada su extendida percepción como “escaparate” de cualquier dispositivo asistencial. Parece olvidarse que los distintos servicios de urgencia son la alternativa asistencial más frecuentemente empleada por la fracción mayoritaria de ciudadanos que apenas utilizan los servicios de salud. La continuidad de su disponibilidad y su relativa accesibilidad, unida a la percepción de una elevada capacidad resolutoria hace de los servicios de urgencia la primera elección ante la aparición de un problema de salud desusado.

Los servicios de urgencias se hacen así muy presentes para los destinatarios del sistema de salud, ya que para la mayoría de la población su contacto más habitual con el dispositivo asistencial se produce a través de estos servicios. Sorprende pues apreciar una llamativa discrepancia en su valoración respectiva por usuarios y profesionales del sector (sanitario). Los servicios de urgencia suelen estar bastante mal integrados en el conjunto del sistema, lo que contrasta con las elevadas expectativas que en ellos deposita la población. Consecuentemente los servicios de urgencia son una continua fuente de problemas para los gestores y profesionales sanitarios y un generalizado motivo de insatisfacción para sus destinatarios/clientes.

La accesibilidad de la atención urgente se valora actualmente como uno de los atributos de calidad más importantes del conjunto del sistema sanitario, y sus insuficiencias -como el excesivo tiempo de espera o el no reconocer de inmediato la gravedad- son fuente de preocupación para la comunidad sanitaria y la sociedad en general. Aunque no son las únicas preocupaciones. La utilización de los servicios de urgencias (SU) hospitalarios ha mantenido un espectacular crecimiento durante la pasada década; la mayor parte de esta utilización se atribuye a problemas no urgentes que, aparentemente, se manejan con un exceso de medios diagnósticos^(I, II). Algunos estudios muestran ciertas deficiencias en la calidad de la atención a pacientes graves, como las demoras en los tratamientos de reperfusión coronaria o el uso de aspirina en el infarto de miocardio.

Aunque la generalización de un problema no merma un ápice su importancia ni contribuye apenas a su resolución, es obligado constatar que los rasgos apuntados -**minusvaloración, escasa integración, generalizada insatisfacción, etc**- están presentes en la mayoría de los sistemas sanitarios. No son un problema sólo en España, en Cataluña, o en Chile, sino en todas partes, ya que en casi cualquier país se están viviendo en estos momentos procesos similares. Si repasamos la literatura, en Estados Unidos, el *Institute of Medicine* está produciendo una serie de documentos, *The Future of Emergency Care* ^(III), que pretende encontrar algunas claves, facilitar recomendaciones de rediseño y facilitar una reconfiguración más adecuada de estos dispositivos.

En Canadá se ha llevado recientemente a cabo una interesante revisión de las estrategias utilizadas en los últimos 30 años para reducir la saturación de los servicios de urgencia hospitalarios, casi todas sin éxito, dicho sea de paso ^(IV). En el Reino Unido se ha venido reconsiderando la trayectoria del paciente que accede al sistema a través de las urgencias, en una amplia serie de trabajos comisionados por las sociedades científicas más directamente implicadas ^(V). Incluso el mítico SAMUR francés, durante décadas el modelo de referencia para los servicios de urgencia metropolitanos, está incurso en un importante proceso de reforma. Todos comparten problemas similares, sin que se disponga de fórmulas mágicas para su resolución. Pero todos podemos aprender mirándonos unos a otros, intentando ver y aislar las partes más resolubles y los problemas más abordables en cada entorno a la luz de las experiencias foráneas.



1. PARA UNA ADECUADA COMPRENSIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS (o la necesaria comprensión de los servicios de urgencias)

A la vista de lo arriba apuntado, en lugar de abordar directamente el tópico de “la financiación de los servicios de urgencia”, parece más conveniente dotarlo de un marco más amplio que contemple al tiempo “Las Urgencias Sanitarias y su Financiación”. Y ello porque esta financiación debe pensarse como un instrumento para conseguir de los servicios de urgencias aquello que realmente deseamos, y saber qué es lo que deseamos requiere cierta reflexión.

Los esquemas de financiación de los SU tienen por objetivo proveer un conjunto equilibrado de incentivos y desincentivos para que desarrollen adecuadamente sus funciones. La importación automática de los esquemas de financiación desde el entorno estadounidense o el mimetismo respecto al reembolso de la hospitalización no garantizan la idoneidad en otros contextos.^(VI) En este sentido, la reflexión sobre las funciones esenciales de los SU puede contribuir a desbrozar qué características de los modelos de financiación pueden ser de interés para los objetivos pretendidos en cada realidad concreta.

Las funciones que se predicen de los servicios de urgencia exceden con demasiada frecuencia los esfuerzos dedicados a su consecución. De entre las formulaciones más ambiciosas destaca la elaborada por la *Public Health and Education Task Force of the Society for Academic Emergency Medicine* que propone todo un programa máximo de las funciones de los servicios de urgencia: *“Además de su papel en el reconocimiento inicial, estabilización, evaluación, tratamiento y distribución de las condiciones con riesgo vital o de capacidad, los servicios de urgencia prestan servicios de cribado y educación de los pacientes sobre daños, violencia, abuso de sustancias, VIH, infecciones y otros problemas de salud pública identificados en ellos. Además, los servicios de urgencia facilitan el acceso a servicios clínicos preventivos, de atención primaria, salud mental y tratamiento de los abusos. Sirven como detector temprano y sistema de vigilancia para preocupaciones de salud pública y juegan un papel esencial en los problemas sanitarios de la nación”*^(VII).

Es fácil apreciar que se trata de una de esas definiciones en la que los árboles no dejan ver el bosque. O más precisamente, en la que el bosque enumerativo no deja ver los árboles. Es cierto que los servicios de urgencia llevan a cabo todas estas actividades, y que todas ellas son valiosas e importantes, pero de manera desigual. Convendrá pues iniciar una tala que permita apreciar cuáles son las funciones nucleares a las que queremos que respondan estos servicios.

Podemos comenzar discriminando entre una serie de funciones “extendidas”, sobre las que se volverá más adelante – red de seguridad, actuaciones de vigilancia y de salud pública, etc. –, y las que serían las funciones nucleares en la vertiente más clínica de los servicios de urgencia, es decir: 1) la identificación y discriminación de problemas de salud, 2) la estabilización del paciente para su derivación a otro nivel, y 3) la resolución del problema. Como la primera – identificación y discriminación de problemas – es un prerrequisito de las restantes, la trataremos como función instrumental bajo la etiqueta genérica de “evaluación”.

Consecuentemente, consideraremos la estructuración de los servicios de urgencia hospitalarios siguiendo un conocido documento de trabajo ^(VIII) y su posterior publicación ^(IX) que les atribuye las siguientes tres grandes funciones:

- **Existencia:** No se espera un uso constante de ellos, pero se desea que estén en condiciones de dar en cualquier momento respuesta adecuada a una demanda variable. Su existencia o disponibilidad suponen un valor en sí, más allá de su mayor o menor utilización. A menudo esta característica se epigrafió como “accesibilidad”. Desde el punto de vista de la financiación, tiene interés subrayar que los SU “prestan servicio” – su disponibilidad completa en caso de ser necesarios – incluso cuando no están atendiendo a ningún paciente. Esta función, primordial en los SU, tiene características próximas a lo que se conoce como un «bien público», y todos los ciudadanos consumen este servicio aunque a lo largo de su vida nunca lleguen a utilizar las urgencias^(VI).
- **Estabilización:** Capacidad de prestar la primera asistencia que requieren todos los pacientes que acuden a ellos. Esta respuesta puede resolver totalmente el problema, sin necesidad de ulteriores atenciones, o limitarse a solventar la urgencia hasta su atención adecuada. En una descripción más completa se incluyen aquí la recepción, valoración y manejo inicial de los pacientes, incluso los no graves, y las actuaciones necesarias para conseguir rápidamente la estabilización clínica de los pacientes que lo requieran.
- **Resolución (Disposición):** Entendida como el remedio o el redireccionamiento de cada caso al nivel asistencial que su situación requiera, incluyendo “ninguno”. Corresponde a la “derivación adecuada” de algunas definiciones funcionales.



En ocasiones la falta de disponibilidad de recursos adecuados –V. gr.: falta de camas para ingreso– obliga a prolongar la prestación asistencial en los SU, aunque no sea éste el nivel asistencial adecuado.

Además de estas funciones nucleares, a las que debe prestar especial atención cualquier diseño de planificación y financiación, los servicios de urgencia, –y especialmente los servicios de urgencia hospitalarios– llevan a cabo otras funciones más o menos deseadas. Su consideración resulta imprescindible para establecer cuáles se quieren promover y qué otras resultarían mejor desempeñadas bajo otras modalidades de prestación.

- Funcionan como “**red de seguridad**” (safety net) para las personas excluidas del sistema o marginadas.
- Para estos grupos, así como para otros que no frecuentan otros dispositivos del sistema sanitario, los servicios de urgencia permiten la detección de problemas de salud pública y algunas actuaciones preventivas (las de educación sanitaria que a veces se propugnan ya serían marca de excelencia).
- Integración con el conjunto del sistema. Si los SU actúan autónomamente –no comparten información, no canalizan a otros niveles asistenciales, etc.– el sistema se dualiza.
- Para el sistema sanitario suelen cumplir funciones formativas, de capacitación de profesionales.
- Suele considerarse “escaparate del sistema”. En cualquier caso, cuando las urgencias se resfrían, el sistema suele ser diagnosticado de pulmonía.

La correcta definición de los objetivos que se pretende que cumpla este dispositivo asistencial permite acotar la tipología de productos deseados. Definida ésta, la predicción del monto económico a destinar – a través del mecanismo de financiación que se considere más eficaz para incentivar los comportamientos deseados – suele reducirse a un cómputo de cantidades y precios. Establecido el coste unitario de las diferentes actividades realizadas se multiplica por su número. En este proceso se omite demasiado a menudo que productos –actividades – que responden a una común especificación genérica puede incurrir en muy diferentes costes según el nivel de calidad que incorporen. En el ámbito de la asistencia de urgencias dos rasgos presentan una especial relevancia en la definición de la calidad del servicio prestado: su puntualidad y su adecuación.

La prestación de asistencia puntual –en el sentido de “oportuna” (timely), no de concreta– debe considerarse una función esencial si los servicios de urgencia son tales. Obviamente, dar respuesta en el menor tiempo deseable a los problemas de salud que acuden a los servicios de urgencia exige más recursos – de medios humanos, de material, de diseño organizativo, de capacitación en actuaciones procedimentalmente más eficaces – que hacerlo con mayores holguras de tiempo, “*stockando*” los pacientes para atenderlos en función de las fluctuantes disponibilidades de recursos a lo largo del día. Por tanto, dar respuesta en el plazo que cada tipo de problema requiere exige, además de un adecuado dimensionamiento de los servicios, del despliegue de tecnologías específicas de optimización de su uso, y en el caso de las urgencias, de mecanismos de discriminación (triage) que permitan conocer para cada caso los tiempos de respuesta que su estado aconseja.

Así, los sistemas de clasificación de pacientes en los SU basados en el grado de urgencia y la complejidad se sustentan sobre la disponibilidad de una escala de niveles de priorización en el triaje, válida, útil y reproducible, tal como recomiendan las sociedades científicas de medicina y enfermería de urgencias y emergencias de Australia, Canadá, Reino Unido, Estados Unidos y España^(X), basándose en el consenso de expertos y en la revisión de la evidencia científica sobre el triaje de urgencias. Efectivamente, la comunidad científica internacional coincide hoy en recomendar a los SU la adopción de escalas uniformes, válidas y estandarizadas de triaje de 5 niveles de priorización, de ámbito nacional, como medida para mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes. Buena parte de los instrumentos de triaje disponibles son sistemas de gestión integral de la calidad asistencial, que incluyen, como primera aproximación al análisis de la casuística, una propuesta de análisis basada en el grado de urgencia y la complejidad, complementable con el registro de diagnósticos y procedimientos en urgencias y con la gestión por procesos, y que contempla los aspectos de accesibilidad y estabilización rápida de los pacientes más urgentes, en función de la clasificación en el triaje.

Por otra parte, como en todo servicio, es esencial definir la **adecuación** de las prestaciones, tanto a las necesidades del paciente como al diseño que configura los servicios^(XI). No sólo el tiempo de respuesta varía en función de las características de cada episodio. También la intensidad de los recursos necesarios para su manejo requiere una adaptación de los servicios prestados a las necesidades planteadas. Los problemas de adecuación se pueden analizar en el marco general de las relaciones entre eficacia, efectividad y eficiencia. Desde esta óptica la utilización inadecuada puede definirse, en sentido estricto, como el empleo de una tecnología médica de eficacia demostrada en situaciones en las que no es efectiva o para la que existen alternativas más eficientes^(XII).



Las múltiples evaluaciones llevadas a cabo en todo el mundo para conocer el grado de adecuación del uso de los servicios de urgencia muestran resultados desalentadores. Las más favorables, empleando distintos instrumentos, distintas técnicas y en todo tipo de entorno, señalan que entre el 30% y el 40% de las frecuentaciones del servicio de urgencia no responden a las características que se esperan de los problemas que va a atender un servicio de esta especie. En la experiencia española la revisión de la literatura respecto a la proporción de visitas inadecuadas muestra cifras que van desde el 24,1% al 78,9%.^(XIII)

La elevada utilización de los SUH para la atención de situaciones no urgentes es preocupante porque: a) las personas que utilizan inadecuadamente los SUH pueden estar haciendo un uso sustitutivo de estos servicios con respecto a otros niveles, con implicaciones en la calidad de la asistencia, como la pérdida de la continuidad asistencial, del seguimiento de los tratamientos y fallos en la prestación de servicios preventivos y de promoción de la salud; b) la atención a los pacientes no-urgentes puede conducir a demoras en la asistencia a pacientes que sufren situaciones de riesgo vital; c) el aumento desmesurado de la demanda en urgencias tiene consecuencias negativas para el conjunto del hospital en forma de falta de espacio físico, sobrecarga de los servicios de laboratorio y radiología y de los profesionales del hospital, alargamiento de la lista de espera de ingresos programados y pérdidas en productividad por las dificultades para programar el trabajo, y d) la atención de condiciones no-urgentes en los SUH puede llevar asociada un incremento de costes asistenciales y, en consecuencia, la presencia de costes de oportunidad y pérdidas de bienestar para la sociedad en su conjunto.

En general, las especiales características de los servicios de urgencias parece que desincentivan, aunque no eliminan, la tendencia a la subutilización, a la prestación de menos servicios de los que las necesidades de los pacientes aconsejan. Sin embargo, por razones similares se constata una proclividad a la sobreutilización, algo distinto a la sobrefrecuentación. La sobrefrecuentación, un problema que preocupa sobremanera a gestores y profesionales de estos servicios. Es una modalidad de utilización inadecuada por la que los usuarios acuden en demanda de atención en situaciones en que no se considera normativamente oportuno recurrir a este dispositivo asistencial. La sobreutilización en cambio se produce cuando los profesionales responden a éstas y otras demandas prestando una asistencia mayor que la que recomiendan las características del caso. Se suele atribuir esta sobreutilización a la sobrefrecuentación y a una mal llamada “medicina defensiva” por la que los profesionales pretenderían blindar su actuación ante el riesgo de omitir trastornos no identificados por improbables, realizando cuantas pruebas y asistencias puedan contribuir a minimizar el incurrir en situaciones de desatención a esos problemas. Sin embargo, se suele prestar escasa atención a la importancia que el diseño de incentivos puede jugar en estas prácticas.

En consecuencia, un servicio financiado por el número y tipo de actos que lleve a cabo tiene un importante estímulo para atender todo tipo de demandas y para considerarlas como de elevada complejidad. Por el contrario, los diseños en los que existe una limitación prefijada de recursos obligan a su manejo más juicioso, considerando donde reportaran más beneficios unos determinados esfuerzos. Por tanto, a la hora de definir un sistema de financiación resulta en general conveniente incentivar el deseable apareamiento entre qué y dónde. Pero en el caso particular de los servicios de urgencia puede resultar especialmente suicida no penalizar –o intentar disuadir– de la sobreprestación por inadecuación de nivel. En esta dimensión es esencial una correcta estructuración e integración de los diferentes servicios de urgencia alternativos disponibles.

2. LA SITUACIÓN ACTUAL EN CHILE

El volumen de urgencias atendidas en Chile, aun asumiendo una definición amplia de éstas, es sumamente abultado, impropio de un país con su nivel de desarrollo. Un conocido trabajo de la OPS^(XIV) estimaba la cifra de atenciones urgentes en el orden de los 10 millones anuales, lo que representaba casi el 30% de los contactos con el sistema sanitario. Datos más recientes, facilitados por la web estadística del MINSAL elevan la cifra de “Atenciones médicas de urgencia en unidades de emergencia, SNSS” para el año 2005 hasta los 14 millones.

El Seguro Público, FONASA, financia y/o compra prestaciones de salud denominadas como atenciones de urgencia de distinta índole dependiendo del ámbito donde se producen. El financiar de manera diferente según donde se preste la atención, en lugar de en función de las características de ésta, es una práctica no por extendida menos perversa. Un mismo contenido asistencial supone consecuencias económicas diferentes para el prestador según se preste en un SAPU o en un servicio de urgencias hospitalario. Desde una lógica de reembolso de costes es razonable pagar cantidades distintas por, digamos, una sutura de urgencias a un dispensario rural o un hospital de máxima complejidad que presenta mayores costes



de dotación técnica, disponibilidad y capacitación del personal, etc. Pero esta lógica no responde en absoluto a la idéntica aportación a la salud que ambas actuaciones implican.

Entre las distintas modalidades de prestación de servicios de urgencia pueden destacarse las correspondientes a:

- Prestaciones Valoradas (PPV),
- Ley de Urgencias (PAE y Rebases),
- AUGÉ.
- Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) e Infección Respiratoria Aguda (IRA).
- PPI no identificadas

Las **Prestaciones Valoradas (PPV)** son aquellas prestaciones producidas en el ámbito público - hospitales dependientes de un Servicio de Salud – para las que se puede identificar el prestador, el paciente atendido y la fecha de otorgamiento, entre otros datos de interés. La evolución en el último trienio del Programa de mejoramiento de la capacidad de respuesta de la red de Urgencia al usuario, que forma parte de las Prestaciones Valoradas y que lo conforman las patologías UEH (Unidad de Emergencia Hospitalaria), Camas Críticas y SAMU (Servicio de Atención Médica de Urgencia) puede resumirse del modo siguiente:

El número total de actividades del programa de urgencias se mantiene muy estable, con una leve pero voluminosa reducción del recurso a las UEH, acompañado de un incremento de la oferta de móviles SAMU y del número de Camas Críticas del sistema, lo que ha tenido como consecuencia un aumento significativo de la actividad de SAMUs y también del empleo de Camas Críticas.

En cuanto a los desembolsos que esto representa, hay que considerar que las transferencias por actividad de UEH, consideradas de un orden de 1 (alrededor de 10.000 pesos), son las que merman en el tiempo, mientras que las correspondientes a SAMUs son de orden 2 y las de camas críticas de 9, ambas en constante crecimiento. Por ello, con tarifas estables y asumiendo un redireccionamiento hacia los SAPU de las urgencias menos graves atendidas hoy en las UEH, es previsible un aumento de los costes, aun con volúmenes similares o levemente inferiores de actividad.

Además, están disminuyendo las consultas de urgencias en los servicios de urgencia hospitalaria, al tiempo que aumentan el uso de SAMU y, sobre todos, camas críticas. Esta situación podría llevar a la reducción de los fondos disponibles por parte de los hospitales que tienen urgencia ya que el sistema de financiación actual (pago por consulta) estaría perjudicándoles y a su vez el aumento de camas críticas por atenciones más complejas genera un aumento del coste medio por caso. Si el pago de emergencias por actividad se aplica rígidamente los Servicios de Salud pueden ver disminuidos sus recursos.

En el marco de la **Ley de Urgencias se contemplan los PAE y Rebases**. Los PAE son Prestaciones Asociadas a Emergencia efectuadas por prestadores privados debido a la Libre Elección del beneficiario del Seguro mediante la compra de un Bono de Atención en una sucursal o directamente en el prestador privado.

Para aquellos casos en que el Beneficiario de FONASA ha sido estabilizado en su riesgo vital por el prestador privado y decide ser trasladado a un establecimiento de la red pública, optando para todos los efectos por la Modalidad de Atención Institucional (MAI) y no siendo posible su derivación o rescate público, el Centro Regulador informa al prestador que siga atendiendo al beneficiario mientras gestiona su traslado. El costo que se genera en el lapso que se produce entre el momento que debió ser trasladado y su permanencia en el centro asistencial privado se le denomina Rebalse, y su costo es de cargo enteramente de FONASA, independientemente de los copagos que deba efectuar el beneficiario, según su tramo de ingresos.

El problema circular que generan los rebases –detratan fondos para inversiones sin las cuales se perpetua la necesidad de recurrir a proveedores privados – requiere abordajes audaces. En ausencia de esquemas de capitación no cabe instaurar incentivos que motiven a los centros públicos a recuperar prontamente los pacientes rebalsados. Las opciones más factibles pasan pues, por un lado, por diseñar un “plan de choque” de inversiones para disponer de la dotación, ahora insuficiente, que obliga a derivar a otros proveedores. Por otro, rediseñar la tarificación de estas prestaciones, aproximándola más a los costes marginales del sector privado, de manera que no se sobreincentive la retención.



El **AUGE (Acceso Universal Garantizado con Garantías Explícitas)** se refiere a aquellos problemas de salud que a partir del 1º de Julio de 2005 se insertan dentro de un Régimen Garantizado en cuanto a su Acceso, Oportunidad, Calidad y Protección Financiera. Su facturación por actividad fácilmente identificable supone un avance en el sentido que relaciona la asignación de recursos con la actividad. Una mayor precisión en la facturación por actividad reduce el riesgo de confiar un exceso de pagos a “tarifas” medias, que den mayores oportunidades a comportamientos estratégicos, seleccionando o estimulando la atención de las patologías con costes más bajos respecto a la tarifa “global”. Ahora bien, si los recursos asignados no se relacionan con los costes reales, las ventajas de tal modelo provocan incentivos inadecuados y subsidiación cruzada de actividades.

El mecanismo de pago utilizado para las unidades de emergencia hospitalaria es de carácter prospectivo y se procede a las reliquidaciones en el caso de incumplimiento de los Servicios. Este sistema de pago es inconsistente con las estrategias de atención que se ha diseñado para la atención de urgencias, dónde uno de los objetivos principales es realizar una adecuada orientación a los usuarios de tal modo que estos elijan su centro de atención de acuerdo a la gravedad percibida.

La actividad de urgencia tiene características especiales por lo que debería considerarse un método de pago mixto, que combine una asignación en función de la capacidad instalada (costos fijos), independiente del volumen producido, y en función de la actividad realizada (a ser posible que incorpore complejidad) y de este modo incentive la eficiencia y equidad.

Adicionalmente se cuentan el **Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y la Infección Respiratoria Aguda (IRA)**. Un somero análisis de los datos aportados muestra una muy limitada variabilidad estacional en la utilización de estos servicios (coeficiente de variación para el conjunto de las urgencias en los 12 meses del 7%), en la que incluso los grupos con mayores diferencias de uso en el tiempo –jóvenes de 10 a 19 años– muestran comportamientos relativamente homogéneos (coeficiente de variación en los 12 meses inferiores al 20%). Tan sólo el recurso a los SAPUs muestra una moderada variabilidad temporal, que en conjunto no excede el 12%.

En cuanto a la provisión de estas atenciones se aprecia una clara preferencia por el recurso a los servicios hospitalarios, que suponen más del 42% de las prestaciones de urgencias. La APS-No SAPU apenas atiende una cuarta parte (24%), mientras el tercio restante (34%) se dirigen a la APS.

Finalmente hay que considerar el conjunto de **PPI (Programa de Prestaciones Institucionales) no identificadas**. En la mayoría de las UEH de los hospitales de alta y mediana complejidad se realizan procedimientos quirúrgicos, exámenes de laboratorio e imagenología, que no están incorporadas a las PPV de urgencia, ni Complejas, ni POA, ni al GES, respecto a las cuales los establecimientos reciben una transferencia inserta en el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI).

3. OPCIONES DE FINANCIACIÓN

La complejidad de la financiación de las urgencias excede la mera tarifación correcta. No es un problema sólo contable, de pagar por lo que cuesta, sino de direccionar la actuación de los SU hacia donde se pretende, es decir orientarlos a cumplir los objetivos que se desea alcanzar. Y para ello hay que definir previamente esos objetivos, tener claramente definidas y asignadas las funciones de los servicios de urgencia y, además, relacionar la utilización de servicios de urgencia con la utilización de otros servicios asistenciales

Consecuentemente, en función de cómo se diseñe la asignación de recursos, los servicios de urgencia estarán más o menos adaptados a los objetivos. Son dos las ideas principales: por supuesto, garantizar la viabilidad de los proveedores y establecer que hagan lo que se desea, es decir, asumir explícitamente cuestiones como si se desea que ciertos SU resulten expulsivos o si quiere que tengan capacidad de acogida, respuesta, integración, etc.

De este modo, el primer paso para la definición de un sistema de pago consiste pues en la adecuada definición de los objetivos que se pretenden. Cumplido esto, la operativización de un sistema de pago requiere entender los motivos de la variación de los costes. En general se ha considerado que los costes varían por: el volumen de casos, coste de los inputs, casuística, intensidad de recursos y eficiencia. En la medida que nos encontramos con un producto que no es homogéneo



y que las entidades que lo producen tampoco lo son, conviene entender en primer lugar cual es el producto/servicio que estamos considerando y asimismo qué tipo de institución lo presta (y si ese servicio se presta de manera adecuada)

Por ello, cualquier modelo de asignación de recursos para los servicios de urgencia debe ir más allá de la mera consideración de los factores que influyen sobre las estructuras de coste de los mismos, si no pretende limitarse a “racionalizar” la situación existente, por indeseable que sea. Así, antes de entrar a considerar las limitaciones que imponen las restricciones históricas, las dependencias de senda, las previsibles resistencias al cambio, conviene preguntarse ¿qué criterios generales debe cumplir un sistema deseable de asignación de recursos de urgencias?.

Arriesgándonos a ser ambiciosos en nuestros deseos, parece razonable que se incluyeran los siguientes:

- Promover la eficiencia en la producción de servicios.
- Tratar de manera equitativa a los proveedores, lo que quiere decir tratar de manera desigual a los desiguales: a cada uno según sus capacidades de resolución y de atención.
- Presentar costes administrativos reducidos.
- Garantizar la viabilidad del proveedor.
- Minimizar la capacidad de comportamiento estratégico por los actores, que no estemos ocupados en hacer trampas para aprovecharse de fallos del sistema y prestar servicios que tienen más beneficios financieros que aquellos que son deseables.
- Garantizar que el riesgo o las responsabilidades pueden asumirse adecuadamente.
- Permitir al financiador una predicción presupuestaria consistente.

La principal dificultad para su logro no es tanto encajar todos esos criterios, sino cómo estimar el impacto en estos objetivos por parte de un sistema de pago y cómo evaluarlo a posteriori, mantener la monitorización del cumplimiento de lo que se pretende. Y para estos logros los mimbres de los que se dispone son limitados. Los sistemas básicos de financiamiento existentes incluyen, básicamente, las siguientes opciones:

- el presupuesto global (fijado por la institución prestadora o en base capitativa si hay una adecuada territorialización),
- el pago por actividad (con posibles ajustes por casuística),
- la financiación por cumplimiento de objetivos cuanti-cualitativos, es decir, discrimina respecto al mayor o menor grado de cumplimiento de los objetivos,
- los sistemas mixtos.

Contar con un **presupuesto global** tiene algunas ventajas. La simplicidad sobre todo, eso es evidente, pero también una cierta tranquilidad para el financiador ya que garantiza los pagos meramente por estar en disposición de atender. El riesgo en que pueden incurrir los prestadores está asociado a la demanda de actividad por encima de las expectativas que sirven de base a la presupuestación. Una ventaja añadida es que el presupuesto está financiando el ser, el estar, la parte inmovilizada, algo que no hay que perder de vista: tenemos interés en pagar no sólo por hacer sino también por ser.

El **pago por actividad** es función directa del volumen atendido, las atenciones de urgencia realizadas. Cualquiera que sea el sistema, mejor o peor diseñado, todos tienden a incentivar el hacer más. El sistema de financiación por actividad lleva incorporado el incentivo, no siempre deseable, de hacer más actos de los que *a priori* se producirían en cualquier otra situación.

Cuando recurrimos a la financiación por actividad es importante ajustar los precios, las cantidades que pagamos, ya que el gasto es precio por cantidad. Pero en el ámbito asistencial las cantidades se nos van siempre de las manos y se nos van a menudo en magnitudes de las que ni somos conscientes, y con diferencias aparentemente poco explicables, tal y como pone de manifiesto la abundante literatura sobre variabilidad en la práctica médica. El riesgo que esto supone es que podemos ajustar de manera enormemente precisa, hasta límites infinitesimales, la tarifa que estamos pagando por cada acto, pero esa precisión contrastará con la sorprendentemente dispersión en los niveles de utilización poblacional – las cantidades – de los actos tan minuciosamente tarifados.

La financiación por cumplimiento de objetivos permite ajustar el pago de las cantidades presupuestadas en función del cumplimiento de algunas metas predefinidas. Poner objetivos a cumplir y pagar un diferencial por ellos es una buena idea.



Los problemas surgen cuando revisamos qué sabemos medir de manera fidedigna, razonablemente, sin demasiado ruido, y descubrimos nuestras limitaciones. Las experiencias al respecto ponen el énfasis en las cuestiones de rapidez de la atención y las demoras para ingreso o traslado. Más raramente se incorporan incentivos a la adecuación (pertinencia), normalización del manejo clínico o mejora de dimensiones críticas de la asistencia (p. Ej.: tiempo puerta-aguja en el IAM). En el mejor de los casos puede emplearse más como un complemento que como un sistema autónomo, ya que sólo puede perfilar algunos aspectos que tenemos razonablemente establecidos.

Por lo tanto, nos vemos abocados a construir un **sistema de pago mixto**, con las dificultades inherentes a la adecuada dosificación de elementos, conjugar más de un conjunto de criterios, buscando equilibrar incentivos contrapuestos. Un sistema de pago mixto que tenga un componente que retribuya estructura (el ser), que dé una financiación variable en función de la actividad realmente producida ya que tendrá distintos costes, un nivel u otro de producción pero aproximándose a retribución marginal por los incrementos de actividad; y buscando poner algún incentivo, si es posible, dependiendo de hacia dónde queremos ir y de los sistemas de información que tengamos, de acuerdo a la información que aporte, la adecuación de la prestación de servicios que se consigue, el cumplimiento de especificaciones, etc.

4. UNA PROPUESTA DE SISTEMA DE PAGOS MIXTO (o propuesta de modelo de asignación de recursos para los servicios de urgencia hospitalarios en Chile)

El sistema de pago a las urgencias no puede desvincularse del modelo general de sistemas de pago en su conjunto. Hay dos ejes a tener en cuenta: el tipo de prestación (en este caso la urgencia) y el tipo de proveedor (en este caso Hospitales, SAMU, Atención Primaria). Hay dos condiciones a satisfacer:

- La totalidad de gastos por prestación de todo tipo (no sólo urgencias) no puede superar la restricción presupuestaria total y,
- La totalidad de gastos de los proveedores (para la totalidad de prestaciones) no puede superar la restricción presupuestaria total.

El financiador puede estar interesado en asignar más o menos recursos a determinadas prestaciones, o a determinados proveedores, o a ambos. En cualquier caso, necesita cumplir la restricción presupuestaria.

Unidad de pago. Un modelo de asignación de recursos adecuado requiere conocer y clasificar en términos de consumo/ esfuerzo/costes cada tipo de atención. Para ello lo ideal es disponer de un sistema de clasificación de los episodios asistenciales (características de los casos) que pueda cruzarse con la capacidad de respuesta de cada proveedor. Estos dos ejes permiten diseñar un cuadrante básico con las características relevantes de cada episodio (urgencia banal o indebida, derivable a atención ordinaria, resoluble en el nivel asistencial básico, resoluble en el nivel determinado).

La propuesta pasa por un sistema de pago mixto que debe incorporar un componente fijo y otro variable:

- El componente fijo retribuye la “disponibilidad” del servicio e incorpora en su cálculo elementos ligados a la oferta (capacidad resolutoria potencial) del servicio y –transitoriamente– al volumen histórico de actividad como aproximación al nivel de recursos empleados.
- El variable se diseña para primar la resolución efectiva a diferentes niveles de complejidad (requiere pues clasificación mínima de tipos de urgencias).
- En función de la capacidad de los mecanismos desplegados de registro y monitorización una fracción de la asignación de recursos puede ligarse a parámetros tales como cumplimiento de criterios, estándares y guías de práctica y derivación, adecuación de las atenciones, velocidad de respuesta, etc^(xv).

Las ponderaciones de estos componentes deben considerar la deseabilidad de cada uno de los objetivos a los que responden, la sensibilidad al incentivo y sus riesgos de un comportamiento inadecuado posterior. Así mismo debe establecerse el horizonte temporal que permita transitar sin quebrantos indeseados desde el modelo actual al pretendido.

Tipos de proveedores. La capacidad instalada para atender urgencias es diversa. Por este motivo conviene determinar la tipología de atención disponible. A estos efectos, en lugar de establecer clasificaciones administrativas, pueden agruparse los hospitales teniendo en cuenta variables de capacidad de atención de urgencias a la población de referencia. La capacidad instalada en Atención Primaria necesita asimismo tenerse en cuenta y financiarse adecuadamente.



Tipos de urgencias. Teniendo en cuenta la dificultad de establecer un sistema de medida de la casuística en urgencias, una opción de mínimos pasaría por considerar que hay tres grandes tipos:

1. **Urgencia básica.** Se retribuiría al coste marginal que genera.
2. **Urgencia con traslado posterior.** Se retribuiría al coste marginal de urgencia básica, más el coste de estabilizar el enfermo para su traslado.
3. **Urgencia ingresada en el hospital.** No se retribuiría el coste de la urgencia en la medida que se considera que forma parte del coste de hospitalización.

Proveedores acreditados. La existencia de las prestaciones asociadas a urgencias y rebalses ofrece un potencial para distorsiones en el modelo. En este sentido, la existencia de una red de proveedores acreditados para el servicio de urgencias hospitalarias es el paso previo a establecer cualquier mecanismo de compensación por urgencia vital.

Copago. Los mecanismos de copago existentes en Fonasa requieren de un análisis general más allá de las prestaciones de urgencias. En concreto, el copago por urgencias resulta controvertido si con ello se limita el acceso ante condiciones de necesidad, mientras que podría resultar apropiado para limitar el acceso ante servicios innecesarios. En la medida que se desconoce ex-ante el nivel de necesidad, pueden tener sentido los copagos con límite anual acumulado y en función de la renta. Esta cuestión requiere ser analizada en el marco global de la asistencia, y no tan sólo a nivel de urgencias.

Financiadores. En la actualidad tanto Fonasa como el Ministerio están financiando las prestaciones de urgencias. Un sistema que pretenda el acceso adecuado a los servicios requiere de un direccionamiento y financiación homogénea desde una misma fuente. En este sentido es deseable la evaluación de las implicaciones de que la atención de urgencias sea financiada globalmente por Fonasa. Lo que puede observarse en el mecanismo de transferencia de Recurso, es que en determinados programas el FONASA sólo actúa como caja pagadora, pues es el MINSAL el que define que volumen se transfiere por Servicio, como es el caso del Programa de Atención Primaria (PRAPS), en el Programa de Prestaciones Institucionales (en su componente variable: pago de bonos y asignaciones de desempeño) y en las PPV de urgencia y Camas Críticas.

El mantenimiento de la dualidad entre FONASA y MINSAL introduce distorsiones en los incentivos necesarios para los proveedores. Es preferible unas reglas de juego únicas y transparentes donde el organismo pagador es el responsable a su vez de la toma de decisiones de asignación de recursos. De otro modo, las decisiones de una parte pueden conllevar distorsiones en la otra. Un sistema de pago único procedente de unos fondos únicos evitarían subsidios cruzados e introducirían unas reglas de juego transparentes para todos los actores.

Programas. En la actualidad la diversidad de programas y conceptos por los que se financian las urgencias puede introducir distorsión en los incentivos a una asistencia adecuada. Por todo ello, es conveniente una remodelación que tenga en cuenta proveedores acreditados y prestaciones admisibles. Reconsiderando el conjunto de fuentes de financiación y programas actuales bajo una mayor simplificación administrativa y por consiguiente con tendencia a desaparecer para concentrarse en un programa genérico de urgencias.

5. ALGUNAS CONCLUSIONES (y varias precisiones sobre un sistema mixto de financiación de las urgencias)

El diseño de financiación esbozado integra un componente de pago estructural y otro vinculado a la actividad efectivamente realizada, en la línea de las propuestas de Duckett y Jackson ^(VIII, IX). El componente estructural debe reflejar los costes fijos de “existencia” de cada servicio de urgencias, considerando su volumen de actividad previsto (escala operativa) y su nivel de prestaciones (más actuales que potenciales), pudiendo incorporar factores específicos más allá del control del centro.

Dadas las importantes limitaciones de la información sobre las características de las actuaciones de los servicios de urgencias, el pago por actividad agregado debe suponer un monto bastante inferior al conjunto del pago estructural, a fin de limitar sus efectos indeseados. Experiencias internacionales previas estimaron que los costes variables de los servicios de urgencia se cifraban alrededor del 20%. Para cumplir con la restricción presupuestaria dicha fracción del monto financiero debe distribuirse entre el total de casos atendidos, ponderados del modo más riguroso factible.



La financiación parcial por episodios requiere disponer de un sistema de clasificación de episodios, que inicialmente permita ponderarlos por su complejidad y su urgencia. Entre las opciones ya experimentadas para medir la complejidad se ha recurrido a la variable “distribución” –con categorías como “no ingresado”, “ingresado en el día en urgencias” e “ingresado en planta” para los servicios hospitalarios– con escaso éxito. Las diferencias en la proporción de cada uno de estos grupos parecen reflejar más fielmente los distintos modos de práctica y criterios de admisión que las características de los casos. Conviene pues abordar la mera separación entre aquellos casos que generan una hospitalización (y que deberían ser retribuidos solamente por ésta) y los que no. En cuanto a la clasificación según urgencia, los sistemas de triage existentes han mostrado suficiente consistencia para la discriminación, aunque no son inmunes a la manipulación. Pero para lograr avances sustanciales la tendencia a medio plazo debe orientar hacia sistemas de registros de casuística más precisos y compatibles con la información manejada en los restantes niveles asistenciales.

Los sistemas de pago, no operarán del mismo modo que los precios en el mercado competitivo. En un entorno de mercado, los precios guían decisiones de oferta y demanda. En el entorno de la sanidad pública chilena, los sistemas de pago indican el objetivo de servicios y costes esperados para cada proveedor. Las decisiones de oferta, decisiones estructurales y de servicio, necesitan ser tomadas al mismo tiempo. No podemos esperar de los sistemas de pago aquello que no pueden dar, y si lo que se necesita es una reforma de carácter estructural, las decisiones tienen que ver con la planificación sanitaria y necesitan acompañarse con la asignación de recursos equivalente. Antes que la asignación de recursos, tenemos pues una realidad de oferta que es fruto de decisiones políticas de planificación de acceso a los servicios.

La asignación de recursos a los servicios de urgencia requiere establecerse en un marco determinado de servicios disponibles. Los cambios en la asignación de recursos son necesarios para mejorar la eficiencia pero no suficientes. Así pues, al mismo tiempo que se mejoran las asignaciones de recursos convendrá revisar la capacidad instalada y valorar la toma de decisiones relativa a cambios estructurales y planificación sanitaria. La mayoría de decisiones de mejora de los servicios de urgencias se basan en primer lugar en medidas de planificación según necesidad. Un sistema de pago que promueva el volumen de urgencias debe evitarse, así como el sistema de rebases actual. El sistema de rebases introduce incentivos inadecuados en la asignación de recursos. Por este motivo en lugar de su reforma, conviene establecer y diseñar una capacidad estructural que haga innecesaria la opción. En este sentido cualquier medida transitoria para mejorar la situación necesita diseñarse con el objetivo de que el sistema consolide tan solo aquella capacidad que corresponde según planificación sanitaria y evitar crear expectativas de financiación de capacidad no planificada previamente.

Además es preciso atender a las relaciones entre la asistencia de urgencia en los servicios de urgencia hospitalarios y otras prestaciones de los hospitales. El creciente uso galopante de camas de críticos requiere de estudios específicos que confirmen que se debe a una mejor atención de estos casos y no a una reducción del umbral de aceptabilidad para transferir a ellas pacientes procedentes de la puerta de urgencias. También, al ser ésta la principal vía de acceso a la hospitalización, la retribución diferenciada de atención urgente y la subsiguiente estadía hospitalaria aconsejan mejorar el conocimiento que permita su adecuada recalibración. Los servicios de urgencia hospitalarios se relacionan con la atención primaria y demás servicios asistenciales. Los sistemas de pago a los hospitales son tan solo un elemento más en la asignación de recursos a proveedores, siendo necesario establecer mecanismos de pago que promuevan la coordinación entre niveles y la integración asistencial con un límite presupuestario total según población. Pero incluso estos mecanismos no serán suficientes si al mismo tiempo no se promueve un cambio organizativo que permita una toma de decisiones conjunta.

En definitiva, debe tenerse bien presente que cualquier propuesta de asignación de recursos es tan solo una opción posible. Algunas desviaciones observadas requieren de planes de empresa que reconduzcan la situación mediante decisiones estructurales internas en cada hospital y que sean compatibles con la planificación general. Es la combinación del presupuesto de gastos e inversión lo que conviene tener en cuenta.

Finalmente, en ese desatendido caso particular que es la realidad, es necesario que las “reglas de juego” del sistema de pago eviten comportamientos estratégicos de los distintos actores, en los que unos toman decisiones y otros reciben las consecuencias. Así pues, es deseable que el organismo que toma decisiones sobre asignación de recursos sea el que finalmente ejecuta la decisión de pago.



REFERENCIAS

- I. Peiró S, Sempere Selva T, Oterino de la Fuente D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. *Economía y Salud* 1999;33:3-12.
- II. Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espín C, López Aguilera I. Inappropriate use of an Accident and Emergency Department: Magnitude, Associated Factors and Reasons. *Ann Emerg Med* 2001;37:568-79.
- III. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. *Emergency Medical Services At the Crossroads*. National Academies Press. Washington, 2006.
- IV. Guo B, Harstall C. Strategies to Reduce Emergency Department Overcrowding. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, HTA Report #38, Edmonton, 2006
- V. Wardrope J, Laird C, Driscoll P. The ABC of community emergency care. 1 Introduction, series summary, the system of care. *Emerg Med J* 2004;21:89-94.
- VI. Peiro S, García-Sempere A.. El papel de los sistemas de clasificación de pacientes en la financiación de las urgencias hospitalarias. *Gac Sanit*. 2003;17(6):441-3
- VII. Bernstein E, Bernstein J, Lowe RA, Crowder VR, Kellermann AL, Lowenstein SR, Marx JA. for the Public Health and Education Task Force of the Society for Academic Emergency Medicine. Timely access to health care: The critical role of EM, 1997. En:<http://www.saem.org/inform/access.htm>
- VIII. Duckett SJ, Jackson T. A Discussion Paper: Paying For Hospital Emergency Care. Acute Health Division Department of Human Services. Victoria, Australia March 1997
- IX. Duckett SJ, Jackson T. Paying for hospital emergency care under a single-payer system. *Ann Emerg Med*. 2001;37(3):309-17
- X. Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema Español de Triage (SET). Madrid. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), 2004.
- XI. Donabedian A.. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*.:Harvard University Press. Cambridge, MA 1973
- XII. Payne SMC. Identifying and managing inappropriate hospital utilization: a policy synthesis. *Health Serv Res* 1987; 22: 709-769.
- XIII. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, Torre P, López MA, Sempere T. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gaceta Sanitaria* 1999. 13 (5): 361-370
- XIV. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud Chile (revisado, abril de 2002). Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Organización Panamericana de la Salud
- XV. Felisart J, Requena J, Roqueta F, Tomás F, Saura RM, Suñol R. Servicios de urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria. AATM, Barcelona 2001 (www.gencat.net/salut/depsan/units/aatrm/pdf/br0101es.pdf)





**COMENTARIOS PRELIMINARES
A LA MODALIDAD DE LIBRE
ELECCIÓN DEL SEGURO
PÚBLICO CHILENO**

Rafael Urriola





III COMENTARIOS PRELIMINARES A LA MODALIDAD DE LIBRE ELECCIÓN DEL SEGURO PÚBLICO CHILENO

Rafael Urriola¹ abril de 2008

PRESENTACIÓN

Este documento examina el rol del sector privado en la provisión de servicios de salud a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) como complemento de la provisión que otorga directamente el sector público. En una primera parte, se pasa revista a las nociones más importantes que permiten identificar las reglas de funcionamiento de los sistemas de salud en sus aspectos más estilizados y en relación a eficiencia y equidad.

En la segunda parte, se describe el funcionamiento de la modalidad en que funciona la provisión desde el sector privado, vigente desde 1968. Esto es lo que se conoce como Modalidad de Libre Elección (MLE) complementaria de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) que está cubierta por la red pública de establecimientos, hoy conocida como red de Servicios de Salud. En esta sección se ejemplifica con dos casos –las diálisis y el programa del parto– para demostrar que los incentivos que desarrolla el sector público pueden direccionar la provisión pública o privada de servicios de salud.

Finalmente, se esbozan elementos, a modo de conclusión, acerca de lo que podría mejorar la efectividad y eficacia del uso de la MLE en el sistema actual.

PARTE I IDENTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

a) El financiamiento del sistema de salud y sus niveles: la necesidad de maximizar el buen uso de los recursos

Una preocupación generalizada es que los recursos monetarios que las sociedades le dedican a la atención de la salud han aumentado de manera significativa en los últimos tiempos. Mientras que el promedio del crecimiento del gasto en salud en la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico –OCDE– entre 1970 y 2003 fue de 4% anual, hay países como Portugal, Noruega y Polonia que superan el 5% y otros, como Nueva Zelanda, Suecia y Dinamarca, que crecen a menos de 2,5% anual (Häkkinen and Joumard 2007). Como sea, el crecimiento económico en la OCDE en ese período no alcanzó siquiera al 2,5% promedio por lo que de continuar esta tendencia los costos de la salud no podrán ser afrontados por los presupuestos fiscales que, en el mejor de los casos, se incrementan en una proporción similar a la del Producto Interno. Un estudio de Appleby y Harrison (2006) para el Reino Unido indica que si no se limitan los gastos en salud en torno al año 2026 se gastaría el 20% del producto interno bruto en salud y, ajustando las proyecciones, en 40 años la mitad de la riqueza de la nación sería destinada a salud.

Pese a que las estimaciones para América Latina son poco fiables² los países ocupan alrededor del 4% del PIB en salud. Cuando en 1960 se creó la OCDE esos países destinaban el 4% de su producto a la salud; ahora, en promedio, alcanzan al 9% de sus ingresos (OCDE 2007). Nuestra Región está aproximadamente en los niveles de la Europa occidental de los años 60 y Chile se empina por sobre el 6% especialmente después de la Reforma de Salud vigente desde 2005.

Los gastos per cápita en salud están correlacionados con el nivel de desarrollo de los países. En efecto, mientras que Honduras, Guatemala y Nicaragua tienen un gasto en salud promedio por habitante de 81 dólares corrientes; otros países

1 El autor agradece los valiosos comentarios de Cecilia Jarpa y los Drs Pedro Olivares y Manuel Ipinza. El artículo en todo caso es de responsabilidad exclusiva del autor.

2 Muy pocos países de la Región disponen de cuentas nacionales de salud –en cualquiera de sus formatos– y, aun así, estos ejercicios suelen estar discontinuados.



de mayor desarrollo relativo en nuestra propia Región como Argentina, Chile y Uruguay destinan 303 dólares por cada individuo a la salud (OPS 2006). Aun así, se está lejos de países de Europa como España y Portugal que asignan a la salud 1.541 y 1.348 dólares per cápita, respectivamente o de Estados Unidos que ya supera los 4.500 dólares sin que ello signifique diferencias sustantivas en los impactos sobre los estados de salud de la población.

No seremos los primeros en preguntarnos ¿Cuánto debiera gastarse en salud?. Savedoff (2007) recuerda que en un artículo en el *South African Medical Journal* se decía que, “South Africa gasta 8.5% de su PGB en salud lo que es proporcionalmente más alto que el 5% recomendado por OMS”. Por cierto, no hay ninguna referencia a esta recomendación puesto que jamás la OMS ha dado cifras a este respecto. La razón es la siguiente: para responder la pregunta deben considerarse, en cada caso, las condiciones epidemiológicas, las aspiraciones sociales (el nivel deseado de un determinado estatus de salud), el costo efectividad de los inputs, el nivel de precios de ellos, y los usos alternativos de los fondos o el costo social de la inversión en salud (ibid).

Este artículo, por cierto, no intenta definir un valor óptimo para Chile del gasto en salud sino, considerando las variables anteriores, se trata de examinar de manera exploratoria aspectos que pudiesen influir en la eficiencia y equidad en la modalidad de libre elección para los asegurados al seguro público de salud.

En todo caso, es necesario recordar que en el avance de las tecnologías médicas, el envejecimiento de la población y el crecimiento de las expectativas de los ciudadanos se encuentra el origen del aumento de los costos de la salud (Planas 2003). Todos estos factores están muy presentes en la sociedad chilena del siglo XXI como se examina más adelante.

Es decir, el aumento de costos no es una característica de los arreglos institucionales que permiten la coexistencia de prestadores públicos y privados. Debe reconocerse que tales arreglos tienen un sustento ideológico pero también alcanzan a la eficiencia y a la equidad. De manera simple, hay quienes sostienen que la libertad de elección sería un principio tan respetable como la equidad o la solidaridad o la eficiencia. Sin embargo, debiera permitir que los usuarios revelen sus preferencias e identifiquen a los proveedores más eficientes. Esto, según Planas, significa que debe haber sistemas de compras a proveedores basado en la actividad; mecanismos de copago; transferencias con base poblacional; responsabilidad compartida con el proveedor, entre otras modalidades que aseguren eficiencia y equidad.

Por otra parte, la teoría general de las preferencias del consumidor no es capaz de resolver lo relacionado con la MLE a causa de las consabidas imperfecciones de mercado en la salud, (asimetría de información, exclusión por riesgo e incertidumbre del costo esperado). Asimismo, la atención sanitaria coloca en el tapete imperativos éticos (la sociedad no tiene derecho a dejar morir a alguien sólo porque no tiene recursos para pagar su atención) que se traducen en una acción reguladora-compensadora del sector público de la cual no se excluye ningún país del mundo. En suma, no es fácil definir una función de producción de la salud pero pareciera aceptable “maximizar el bienestar colectivo aún a costa de pequeñas reducciones en la consecución de ganancias marginales del grado de salud global” (Planas 2003).

Por lo demás, todo indica que la demanda (incluyendo las necesidades no sujetas a demanda y/o las reflejadas en los bienes meritorios) de servicios de salud se incrementará en el futuro independientemente de los mecanismos que dispongan los seguros para satisfacer esta demanda. A las explicaciones ya citadas de Planas (2003) pueden agregarse las conclusiones de Dormont y Huber (2006) en que, a nivel macroeconómico, factores tales como el PIB o el nivel de educación (ambos con fuerte crecimiento en Chile en las últimas dos décadas) son significativos para explicar el gasto en salud³. En el nivel individual o microeconómico se concluye que el envejecimiento en sí (representado por la edad individual) provoca mayor aumento de los gastos de salud.

El estudio de Dormont y Huber considera que los factores explicativos esenciales son: (i) el efecto puramente demográfico o envejecimiento poblacional; (ii) los cambios en la morbilidad a edades similares; (iii) los cambios en las prácticas para un nivel dado de morbilidad y de prevalencia epidemiológica (es decir, el impacto del progreso técnico).

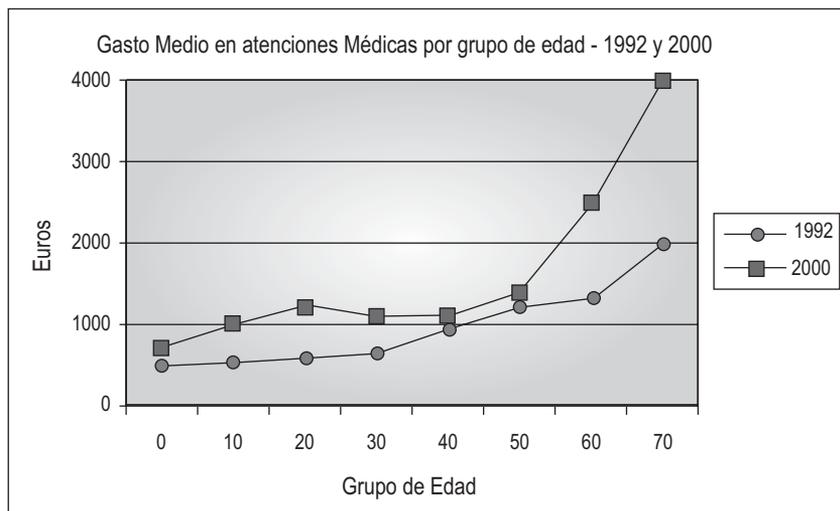
Los resultados del estudio -aplicado en Francia- indican que, cambios en la morbilidad, más bien reducen los gastos en salud, mientras que los impactos debido a los cambios en las prácticas médicas son ascendentes y de importancia. Este

3 En efecto, las personas están más dispuestas a gastar en prevención en salud (exámenes incluidos) o en tecnologías más sofisticadas cuando disponen de los ingresos para hacerlo.



último es 3,8 veces más importante que el aumento de los gastos debido sólo a cambios demográficos. Del gráfico siguiente se desprende, justamente, que el progreso técnico sería el factor esencial en el aumento de los costos de la salud.

Gráfico N°1
Promedio de gastos en salud por tramos de edad
(Francia 1992 y 2000)



FUENTE: Dormont y Huber (2006)

En el caso de la salud, medir la productividad marginal de las tecnologías con un criterio de costo efectividad es extremadamente complejo. ¿Cuánto vale que un medicamento reduzca parte del dolor? ó ¿Cuánto ayuda una resolución más nítida de una radiografía? son, por ejemplo, problemas de difícil medición con los instrumentos habituales de la sanidad o de la economía.

En fin, en el debate nacional reciente hay quienes han introducido el concepto de libre elección regulada (Salud y Futuro 2005) que se basa en que “la libre elección es un bien social, ya que es un mecanismo que estimula una prestación de servicios centrada en el usuario, una mayor satisfacción y un mayor control de la calidad, lo anterior desarrollado dentro del marco del nuevo modelo de atención instaurado. Esencialmente, se trata de que “las personas deberían poder escoger entre diversas alternativas de prestadores para los beneficios del Auge” lo cual lleva a un debate antiguo que es el de la portabilidad y que es contrapuesto al carácter social que otros le otorgan a la atención en salud.

b) Rol del sector público en la provisión de los servicios de salud

No cabe duda que el crecimiento de la demanda de recursos por parte del sector salud ocasiona serios problemas a las autoridades fiscales para solventar tales necesidades. ¿Puede el sector público aumentar indefinidamente sus aportes a la salud? ¿Con qué criterios debiera actuar la autoridad pública para evaluar la eficiencia en este sector? Aldunate y Martner (2006) sugieren tres vías para acometer este objetivo. La primera es la superación de la brecha tributaria, pues en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe la carga fiscal es baja. La segunda, es la construcción de sistemas presupuestarios que permitan superar rigideces y reasignar gasto público, contribuyendo con ello a elevar su calidad. La tercera alude a los mecanismos de evaluación del gasto social, con miras a mejorar la eficiencia y eficacia de los proyectos y programas públicos. Si bien, todas las alternativas contribuyen a financiar el gasto público en salud nos detendremos en lo relacionado con la Modalidad de Libre Elección.

A modo de antecedente cabe señalar que, como lo indica la CEPAL, la mayoría de los países latinoamericanos han aumentado la proporción del gasto público como proporción del PIB entre 1990 y 2005. Perú y Chile son los únicos dos países de la región con disminución (-2,1% y -1,8%, respectivamente). Esta situación no es casual porque según Miranda E. (1990) “El Gobierno Militar había establecido el principio de que el Estado sólo participaría en la actividad directa de producción de bienes o servicios en subsidio ante la ausencia de capacidad, interés o iniciativa privada. Pero la norma

sería que los entes privados tendrían primera prioridad para emprender y desarrollar toda la actividad económica, y como excepción, lo haría el Estado.

En el caso de la salud chilena, el Estado era predominante en la administración del financiamiento y mayoritario en el otorgamiento de las prestaciones de salud. La aplicación de principios de subsidiariedad comprendería acciones en ambas fuentes.

Para la administración del financiamiento se creó la opción de las ISAPRES, las que competirían por las cotizaciones de salud de los trabajadores y establecerían beneficios acordes a sus montos...”. Y, para los cotizantes del seguro público se amplió la MLE. En una perspectiva aún más explícita de privatización, la Asociación de Isapres (Caviedes 1994) y ver también Aedo (2000) han propugnado ampliar la privatización de los sistemas mediante subsidios a la demanda o la portabilidad de los subsidios como mecanismo eficiente de asignación. En una óptica similar argumenta Larrañaga (1997) “la forma de pago establecida [la MLE] hace que la remuneración del prestador dependa de la elección del usuario, lo cual es funcional a la atención diligente y considerada, lo cual contrasta con las modalidades de atención prevalecientes en el sistema público”.

No obstante, los argumentos que resaltan la ineficiencia del sector público generalmente aluden a carencias en la oportunidad (listas de espera) o en la calidad de la infraestructura y menos en la calidad de las prestaciones. Rara vez se considera que ambos tienen que ver con la disponibilidad de recursos y que una comparación con rigurosidad entre sector público y privado debiera considerar los recursos disponibles en cada caso, es decir, un análisis costo/efectividad.

Ahora bien, en primer lugar es necesario especificar la efectividad desde el punto de vista de la óptica pública que no es similar a la de la empresa privada. La razón por la cual el rol del Estado cobra importancia es que se reconoce que el sector privado puede dejar de asignar óptimamente los recursos no solo en un momento determinado sino incluso de manera intertemporal (Tanzi 1995 p. 5)

De manera general, Tanzi (2000) resume el papel del Estado en una economía de mercado en la forma siguiente:

- i) debe establecer y hacer cumplir reglas formales en la economía, entre ellas las que se refieren a la obligatoriedad de los contratos y la protección de los derechos de propiedad, así como también las reglas que rigen la exacción y el uso de los ingresos fiscales;
- ii) debe erigir un marco jurídico y reglamentario que reduzca los costos de las transacciones —es decir, el costo de tratar con otros individuos en asuntos económicos— y debe promover la eficiencia del mercado (a través de una intervención estratégica cuando éste entre en falencia o mediante la producción de informaciones esenciales);
- iii) debe proveer bienes de uso público y remediar casos evidentes de externalidades que no pueden ser resueltas por la negociación entre los intereses privados;
- iv) debe promover la estabilización macroeconómica y, v) debe promover una distribución del ingreso concordante con la opinión vigente de la sociedad.

La eficiencia es entendida como una relación entre costos y beneficios o entre inputs y resultados. Pero en términos específicos de eficiencia, Afonso et. al. (2006) comparan algunos países de la Unión Europea con países emergentes de Asia concluyendo que hay correlación entre eficiencia del sector público y las siguientes variables: altos ingresos, competencia en el servicio civil, niveles de educación y seguridad en los derechos de propiedad.

Aún más concretamente, las variadas fallas de eficiencia que caracterizan el funcionamiento de los seguros y de la producción de servicios de salud exigen una cierta regulación gubernamental que compense las fallas del mercado y posibilite una asignación de recursos eficiente. Para tal cometido el gobierno dispone de un conjunto de instrumentos que, ordenados de menor a mayor grado de intervención, podrían ser: provisión de información, regulación, mandatos (normas obligatorias), financiamiento y producción (Larrañaga 1997).

Las razones que exigen mayor o menor intervención en un país en un momento dado deben buscarse en los resultados del funcionamiento de los sistemas de salud medido a través de indicadores relevantes que consignen los cambios en los estados de salud que pueden ser atribuidos al gasto en salud. Cabe notar en todo caso que, todo lo relacionado con la teoría de los determinantes sociales puede complejizar este cálculo por las numerosas variables que concurren a los cambios en



los estados de salud de las poblaciones. Es común usar indicadores de tipo QALYs (quality-adjusted life-years) o los de número de muertes evitadas. Todo esto se ha consolidado en las propuestas de evaluación de la eficiencia a partir del costo efectividad (Banco Mundial 2006).

En la literatura reciente, según Häkkinen y Joumard (2007), la eficiencia de los sistemas de salud podría medirse con los siguientes indicadores:

- Producción de outputs de servicios de salud con un mínimo de recursos reales (eficiencia técnica) en cada nivel sea de cuidados o institucionales; pero también minimización de los costos (relativos) de los insumos usados (eficiencia financiera o de costos).
- Provisión de un conjunto de servicios que maximice el impacto sobre los estados de salud con un mínimo de costos (costo/efectividad).
- Asignación de recursos públicos totales para la salud de manera consistente con los objetivos más amplios del bienestar social y asignación de servicios individuales en los niveles que optimicen el uso de estos recursos (eficiencia en la asignación global de recursos).

Otros aspectos de equidad y eficiencia dicen relación con que estos objetivos deberán incluir el asegurar el acceso universal a los servicios de salud y la sustentabilidad de largo plazo de los sistemas de salud.

Asimismo, cabe notar que la efectividad debe medirse a nivel de la totalidad de los sistemas porque los tratamientos a los pacientes suelen ocupar varios subsistemas o entidades institucionales.

Tampoco puede dejarse de lado los factores institucionales para evaluar la eficiencia que son particularmente útiles al momento de analizar nuestra MLE. El estudio de Gerdtham et al. (1994), aplicado en algunos países de la OCDE, concluye que los gastos de salud son más bajos en sistemas que reúnen algunos o varios de los siguientes factores:

- Médicos de atención primaria que actúan como “gatekeepers” para la atención hospitalario de especialidad.
- El paciente primero paga al proveedor y luego es reembolsado por el seguro.
- Que los profesionales de la salud sean pagados en base percapitada antes que en el sistema de pago por honorarios (fee for service); y,
- Provisión dominante del sector público (en comparación al sector privado).
- Provisión dominante del sector público (en comparación al sector privado).

Los mismos autores confirman que los cambios desde la asignación de recursos basada en presupuestos globales hacia financiamiento basado en actividad mejoran tanto la satisfacción usuaria como la reducción de los tiempos de espera. Finalmente, al cambiar las responsabilidades de gestión desde los niveles locales hacia un nivel más centralizado puede estimular la eficiencia técnica según un estudio basado en Noruega. Por su parte, Evans et. al. (OMS 2000) compararon la eficiencia de sistemas nacionales de salud mediante análisis econométricos –lo cual fue usado posteriormente en el Informe de la salud de la OMS del año 2000– pero lo más importante es que si bien en los países en desarrollo es imprescindible incrementar los recursos, en cambio, en la mayoría de los demás países podría mejorarse el nivel de salud solamente usando de manera más eficiente los recursos existentes.

El mito de la menor calidad de los establecimientos públicos ha sido ejemplificado en varias ocasiones. Entre ellos, Hsiao y Heller (2007) para situaciones en Singapur, pero también Sloan et al (1998) compararon costos y calidad en el Medicare de EE. UU. entre pacientes hospitalizados en establecimientos privados con fines de lucro con aquellos hospitalizados en locales públicos o sin fines de lucro en enfermedades como fracturas de cadera, accidentes cerebrovasculares, enfermedades de la coronaria o infartos. El resultado fue que los costos eran similares entre ambos subsistemas, pero los copagos en promedio eran menores en los hospitales públicos y no podían detectarse diferencias significativas en cuanto a calidad. En todo caso, White (2007) muestra que en EE.UU. los costos del sector privado aumentan más rápidamente que los del Medicare entre 1970 y 2004, aún si se compara sin la cobertura en medicamentos que, como se sabe, es menor en el Medicare.

Häkkinen y Joumard (2007) señalan que de acuerdo al estudio de Mobley and Magnussen de 1998, que compara hospitales noruegos y del Estado de California en EE. UU la eficiencia técnica es más alta en los hospitales públicos y en los sin



fines de lucro que en los hospitales privados con fines de lucro. Asimismo, habría menos variabilidad en la eficiencia en los hospitales públicos que entre los proveedores privados.

En definitiva, pareciera importante coincidir con Mackintosh (2007) en cuanto a que la regulación de los mercados y la planificación en salud no son incompatibles sino pueden potenciar efectos sinérgicos. En esta óptica se entiende la planificación sobre las actividades y planificación en el sentido de asignación de recursos. En efecto, algunos especialistas consideran que la ausencia de un Plan de salud en Chile es una de las mayores debilidades sistémicas actuales.

Cabe destacar que el regulador establece las reglas que restringen las actividades del mercado y estimula comportamientos de los proveedores. Pero, “los mercados poco regulados son mas ineficientes porque los usuarios están pobremente informados y poco pueden resolver sobre la calidad de los servicios que se les ofrece (asimetrías de información) y, también, los aseguradores están pobremente informados de las características de sus proveedores” (Mackintosh 2007;10). Además, será necesario evaluar las situaciones en que se crean incentivos para reducir costos pero los proveedores bajan la calidad o aumentan la carga de los trabajadores del sector, especialmente, cuando se paga por acto como en la MLE, en que se excluye a sectores sin capacidades de pago. Estos se ven afectados por servicios de peor calidad.

Mackintosh propone una metodología que podrá ser aplicada para evaluar la calidad de los mercados en el sector. El proceso de comercialización de bienes y servicios de salud se transparenta en la medida que los procesos cumplan con las siguientes etapas: la “marketización” que transforma los productos en transables en el área de la salud, es decir, que pueden ser ofrecidos por el sector público o privado; la “commoditización”, es decir, que el producto es identificable y homogéneo para efectos de su compra o venta; y, la liberalización de las restricciones, es decir, que los proveedores públicos no tengan atribuciones institucionales monopólicas.

Lo importante es que el estudio no permite concluir que a mayor comercialización hay mejores resultados sanitarios (p 11) más bien todo lo contrario. En efecto, la evidencia muestra que los países de menor desarrollo tienen asociado un alto financiamiento privado; hay correlación -pero no lineal- entre alta proporción de gasto privado en salud y bajo nivel de ingreso per capita. En la mayoría de los países de bajos ingresos la APS es privada: más del 50% de los niños tratados con diarrea o IRA son atendidos en el sector privado (Mackintosh 2007).

En una muestra que abarcó 160 países se verifica que una mayor proporción de gasto público en salud influye positivamente en la esperanza de vida y negativamente (es decir, tiene correlación negativa) con la mortalidad infantil. En cambio el gasto privado no tiene impactos sobre ninguna de esas variables.

En suma, un análisis de mayor profundidad y con herramientas analíticas rigurosas resulta necesario para obtener resultados concluyentes entre las modalidades de provisión/financiamiento de servicios de salud.

c) La provisión privada como complemento a la provisión pública de servicios de salud

La MLE está comprendida en el marco general de que “la contratación externa es una forma de separación entre comprador y proveedor que persigue mejorar la eficiencia aprovechando los efectos de la competencia entre suministradores y suplir las rigideces y la ausencia de incentivos en la gestión pública” (Lopes Casanovas et. al. 2003 p. 193)

Cabe entonces enumerar las ventajas e inconvenientes que suelen mencionarse con respecto a la contratación externa de servicios públicos. Entre las primeras se señala: mejora la eficiencia e influye en la reducción de costos para el sector público; impactos de gestión que permitirían aumentar la productividad; posibilidad de usar sistemas de pagos relacionados con los resultados; posibilidad de inversión sin aumentar el gasto público; incentivos a la adopción de innovaciones; y, utilización de la experiencia y especialización del sector privado.

En cambio, entre las desventajas de la externalización se mencionan: posibles reducciones de salarios y peores condiciones laborales (es decir, se suele confundir las transferencias de rentas con las mejoras en la productividad); costes de transacción derivados de la contratación y del control de la cantidad y calidad de los servicios contratados; riesgos más elevados que cuando es producción propia; posible inflexibilidad cuando se trata de contratos a largo plazo (ibid).



En Chile se ha aceptado con más facilidad la “externalización” de las prestaciones profesionales esenciales de salud que la de los servicios conexos o infraestructura. Cabe señalar que, por ejemplo, los hospitales españoles sólo externalizan servicios generales (limpieza, lavandería, alimentación y seguridad/mantenimiento) aunque en otros países la contratación de prestadores privados para consultas ambulatorias es común, como en Francia o Canadá.

PARTE II EL FUNCIONAMIENTO DE LA RELACION MAI/MLE EN CHILE

a) Breve síntesis histórica del surgimiento de la MLE

En Chile los beneficiarios del seguro público de salud, Fonasa, pueden atenderse en la llamada Modalidad Institucional, es decir, con prestadores públicos o en la Modalidad de Libre Elección (prestadores privados individuales o institucionales) salvo los del grupo A calificados como carentes de recursos.

Al inicio de la década de los 40 del Siglo XX, durante el Gobierno del Presidente Juan A. Ríos, se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), con funciones exclusivas de medicina preventiva. Esta institución sufrió modificaciones legales en 1960 pero mantuvo sus funciones preventivas. Recién en 1968, bajo el Gobierno del Presidente Eduardo Frei M., se dicta la Ley 16.181 de Medicina Curativa de los Empleados, la que debe ser ejecutada por el SERMENA a través de la modalidad de libre elección de los médicos por sus pacientes. Entonces, sólo a partir de esta fecha la atención mediante prestadores privados –inicialmente restringida a las consultas profesionales– es cubierta por la instancia de seguridad social. Nótese que esta modalidad estaba orientada a un segmento de los asalariados llamados empleados para diferenciarlos de los obreros (trabajadores manuales) que tenían una institucionalidad de protección social diferente.

Posteriormente, mediante la Ley 2.763 de 1979, se unifican los entes administrativos estableciéndose que “Los Servicios de Salud serán los continuadores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados...”. En esta Ley (Artículo 28) se le asigna al Fondo Nacional de Salud la responsabilidad de administrar la “modalidad de libre elección”, la que se amplía a todos los trabajadores que coticen a este Fondo. Finalmente, en 1985 (Ley 18.469) se refrenda el derecho de los afiliados y beneficiarios de esta Ley de optar por la modalidad “de libre elección”, que antes era sólo un derecho de los beneficiarios del SERMENA.

Como se dijo, la MLE es una alternativa para todos los trabajadores afiliados al seguro público, sólo desde 1979. La variación relativa con respecto al total del gasto en salud que se efectúa a través de las cotizaciones a la seguridad social se debe a la creación en ese momento (1981) de las aseguradoras privadas.

Cuadro N°1
Estimación del gasto en salud snss

Modalidad Libre Elección (MLE) e Isapres (Primera etapa entre 1981 y 1988) (\$ millones c/año)								
	SNSS		MLE		ISAPRES		TOTAL	
Año	Monto ¹	%	Monto ²	%	Monto ³	%	Monto ⁴	%
1981	24.828	73,6	8.807	26,1	96	0,3	33.731	100
1982	28.021	72,0	9.609	24,7	1.276	3,3	38.906	100
1983	30.977	68,2	11.238	24,8	3.176	7,0	45.391	100
1984	35.503	62,8	12.124	21,4	8.931	15,8	56.558	100
1985	44.696	60,8	15.056	20,5	13.760	18,7	73.512	100
1986	53.914	55,0	17.494	17,8	26.625	27,2	98.033	100
1987	67.416	52,7	15.621	12,2	44.935	35,1	127.972	100
1988	88.569	50,2	21.307	12,1	66.620	37,7	176.496	100

Fuente: Ministerio de Salud, Indicadores Financieros Sector Salud Público, 1974-1988, Fonasa, Boletines Isapres.

- 1 Gasto Público en Salud, excluidos gasto extrasectorial, inversión real y financiera, transferencias corrientes, definit CCAP, curativa.
- 2 Considera co-pago afiliados y bonificación FONASA, sin contemplar pagos extras ni insumos cobrados ni medicamentos. Se estiman los gastos operacionales MLE.
- 3 Costos de Explotación y Gastos Administrativos ventas, aumentados en 25% para incorporar co-pago de afiliados. No considera extras, ni insumos ni medicamentos no cubiertos.
- 4 No incluye gastos en accidentes del trabajo.



El Fonasa debe definir cada año las prestaciones que cubrirá en la MLE estableciendo un arancel con precios referenciales (acceso libre en la página web institucional). Por políticas presupuestarias algunos precios están muy por debajo de su valor de mercado (traslados, prótesis, días cama, etc.). Sin embargo, el Fonasa incrementa regularmente la cantidad de prestaciones porque este arancel de referencia es usado por las aseguradoras privadas (ISAPRE) para sus propios planes, dejando fuera de cobertura a las prestaciones que no están en dicho arancel (la ley indica que los planes de las Isapres deberán contemplar, a lo menos, las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen General de Garantías en Salud).

La Reforma de Salud de principios del 2000 mantuvo la libre elección, tanto en el sistema de aseguramiento público como en el privado (DFL 1 de 2005 "Texto Refundido", en el Libro III, Título II, Párrafo IV, Artículo 189).

b) Tendencias en uso y costos de la MLE

La externalización de los servicios de salud en Fonasa, otorgados a través de la MLE han aumentado de manera significativa en los últimos años llegando a una proporción promedio de 14% de los recursos destinados a prestaciones en 2005 (es decir, sin inversiones ni gastos administrativos⁴) como se observa en el cuadro 2.

Cuadro N°2
Gasto devengado según modalidad (1995-2005)

(millones de pesos constantes de 1996)			
TÓPICO	1995	2000	2005
MODALIDAD INSTITUCIONAL	416.901	799.313	1.535.451
Atención Primaria (2)	49.986	122.065	327.959
Atención Secundaria y Terciaria (3)	366.915	677.247	1.207.493
MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN	78.647	208.624	341.295
Atenciones	74.451	191.537	335.810
Préstamos Médicos Netos (4)	4.196	17.087	5.485
TOTAL	687.871	1.399.690	2.440.745

FUENTE: FONASA Boletín Estadístico varios años

(2) La atención primaria se definió como Gasto Per-Cápita más reforzamiento municipal del S.N.S.S

(3) Considera el Gasto del SNSS en prestaciones médicas no pecuniarias otorgadas a los beneficiarios del Fonasa

(4) Préstamos Médicos netos de Fonasa es la diferencia entre préstamos médicos y la recuperación de los mismos

Por otra parte, entre 1997 y 2005, los beneficiarios pertenecientes a los grupos B, C y D de Fonasa -que pueden acceder a la MLE- aumentaron en 25%, por lo que puede concluirse que la tasa de crecimiento de las prestaciones entregadas por esta modalidad supera con creces a la expansión de la actividad que podría provenir del mayor número de usuarios.

Por su parte, el crecimiento del índice de precios general de salud en el mismo período alcanzó al 35%, mientras que el Índice General de Precios se incrementó en alrededor de 26% (Miranda 2007). Pero, en cambio el aumento de costos reales por prestación de la MLE es muy superior (78%).

4 Por cierto tampoco incluye el gasto en licencias médicas que, por lo demás no se contempla en los gastos de salud.



Cuadro N°3
Tasa de variación de costos reales y actividades en la mle
(1997- 2005) en porcentajes (base 1997)

Prestaciones MLE	% aumento de costos	% aumento de actividad
atenciones médicas	152	76
exámenes de diagnóstico y apoyo clínico	172	82
proced. diagnósticos y terapéuticos	94	65
intervenciones quirúrgicas	49	30
Días camas de hospitalización	36	21
resto de las prestaciones	2303	444
Total	178	75

Fuente: Autor en base a estadísticas de Fonasa.

Vale la pena detenerse en las prestaciones “días cama” puesto que son las únicas que se comportan de manera acorde con el crecimiento sectorial. Expertos consideraron que las deficiencias de los sistemas de información impedían solicitar y registrar el valor día cama así como el de pabellón de cada establecimiento por lo que los precios pueden superar ampliamente a lo establecido en la reglamentación. Podría entonces suponerse que este es uno de los rubros que tiene menor protección financiera y así inferirse que el aumento de costos y uso es menor.

Como se observó en el cuadro 3, en el período ha aumentado la actividad en todos los rubros. Sólo se mantiene una relación proporcional al aumento de los beneficiarios en las intervenciones quirúrgicas (actividades en que es más complejo inducir demanda) e, incluso, se reduce en los días de hospitalización puesto que este rubro, de una parte, es cubierto muy marginalmente por el arancel vigente de tal modo que los propios beneficiarios solicitan reducción en el uso; y, de otra parte, el uso de días cama se ha ido asociando a los PAD en las prestaciones que con anterioridad no se ofrecían en esta modalidad, de tal modo que los propios prestadores tienen interés en reducir este costo para asegurar sus márgenes de utilidades.

A la hora de determinar cual es la bonificación real a las prestaciones MLE en el sistema público de salud, es necesario no solo concentrarse en una de las modalidades de atención, sino más bien en las dos en su conjunto.

Como se acotó, los recursos ocupados por la MAI, representa alrededor del 80% del gasto asistencial total pero, también cabe destacar que la bonificación en la MAI es del orden del 99%. Con los antecedentes otorgados por los cuadros 2 y 3 parece necesario buscar explicaciones, tanto acerca del aumento del uso de la MLE como en cuanto al incremento de los costos de la misma.

Inicialmente, los prestadores privados debían inscribirse en los niveles 1, 2 y 3 con el fin de que el paciente supiese cual era la diferencia del copago que debía cancelar en cada caso, siendo mayor en el nivel 3. Si bien, la creación de niveles diferenciados tenía por objeto definir calidad, en realidad, el Fonasa no pone ningún requisito diferenciador por lo que el 98% de los prestadores optaron por inscribirse en el nivel 3. En efecto, el 84% de la facturación en el año 2006, se asocia a Nivel 3 (sin considerar las prestaciones en nivel único: días cama, diálisis, PAD, PAE, Prótesis y Traslados) mientras que, en el año 1980, el 70% facturado en esta modalidad se clasificaba en nivel 1. Lo anterior, podría estar revelando la necesidad de precisar requisitos o indicadores de acreditación en los distintos niveles pero, además, cabe considerar, de una parte, la insuficiencia de oferta por parte del sector público (ver, por ejemplo, Ipinza 2007); en segundo lugar, la competencia en el propio sector privado y, en tercer lugar, el aumento objetivo de costos para las prestaciones en el sector privado, lo cual puede deberse tanto a procesos de innovación tecnológica como a los precios de los insumos y de los recursos humanos.

c) Tendencia de la estructura de funcionamiento de la MLE (concentración de la Oferta en megacentros)

Como se dijo, la debilidad de la oferta pública es el motor principal del fortalecimiento de la MLE. Ante una demanda solvente y en ascenso, diversas instituciones privadas han rediseñado su oferta para captar a una clientela que está cubierta



por el seguro público pero que no tiene atención oportuna⁵ en la modalidad institucional. En el año 2006, los prestadores inscritos y vigentes alcanzaron a 24.000 profesionales y 4.350 prestadores institucionales.

Cuadro N° 4
Mayores facturadores mle año 2007

Prestador	2007 Facturación (1) (MMS)	% Fact 2007	% Acum Fact 2007
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE	11.077	4,0%	4,0%
HOSPITAL CLINICO J J AGUIRRE UNIVERSIDAD DE CHILE	7.213	2,6%	6,6%
CLINICA DAVILA Y SERVICIOS MEDICOS S. A.	4.763	1,7%	8,4%
MEGASALUD S.A.	3.827	1,4%	9,8%
DIAZ NOVOA Y COMPANIA LIMITADA	3.264	1,2%	10,9%
MATERNIDAD PRESBITERIANA MADRE E HIJO	2.182	0,8%	11,7%
SOCIEDAD SANATORIO ALEMAN	1.866	0,7%	12,4%
CLINICA FRANCESA S. A.	1.766	0,6%	13,1%
CLINICA PROVIDENCIA S. A.	1.736	0,6%	13,7%
ASOCIACION CHILENA DE SEGURIDAD DE SANTIAGO	1.723	0,6%	14,3%
CLINICA DE SALUD INTEGRAL LTDA	1.700	0,6%	14,9%
COMUNIDAD HOSPITAL DEL PROFESOR	1.692	0,6%	15,5%
SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD LTDA.	1.634	0,6%	16,1%
CLINICA ALEMANA DE TEMUCO S.A.	1.543	0,6%	16,7%
SOCIEDAD MEDICA Y MATERNIDAD SIERRA BELLA S.A.	1.536	0,6%	17,3%
CORPORACION DE BENEFICENCIA OSORNO	1.520	0,6%	17,8%
CLINICA LOS ANDES DE PTO.MONTT S.A.	1.476	0,5%	18,3%
S. S. COQUIMBO HOSPITAL DE LA SERENA	1.382	0,5%	18,8%
SOC.MED.DE ESTABLECIMIENTOS CLINICOS DE SA	1.348	0,5%	19,3%
CENTRO MEDICO ANTOFAGASTA S A	1.231	0,4%	19,8%
CLINICA AVANSALUD DE LA V REGION S.A.	1.206	0,4%	20,2%
INMOBILIARIA INVERSALUD S.A.	1.176	0,4%	20,6%
SERVICIOS MEDICOS HOSPITALARIOS EDUSALUD LIMITADA	1.168	0,4%	21,1%
FUNDACION LAS ROSAS DE AYUDA FRATERNA	1.154	0,4%	21,5%
CLINICA AVANSALUD PROVIDENCIA S A	1.148	0,4%	21,9%
CLINICA DE LA MUJER S.A.	1.060	0,4%	22,3%
CLINICA AVANSALUD DEL BIO BIO S. A.	1.055	0,4%	22,7%
OMESA S. A.	1.044	0,4%	23,0%
ASOCIACION NACIONAL DE PREVENCION DE LA CEGUERA	1.015	0,4%	23,4%
CLINICA AVANSALUD VESPUCCIO S.A.	967	0,4%	23,8%
S. S. DEL MAULE HOSPITAL DE CURICO	959	0,3%	24,1%
S. S. M. NORTE HOSPITAL SAN JOSE	950	0,3%	24,5%
SERVISALUD S A	944	0,3%	24,8%
EXAMENES DE LABORATORIO S.A.	928	0,3%	25,1%
Resto Prestadores en Convenio	206.213	74,9%	100,0%
TOTAL	275.466	100,0%	

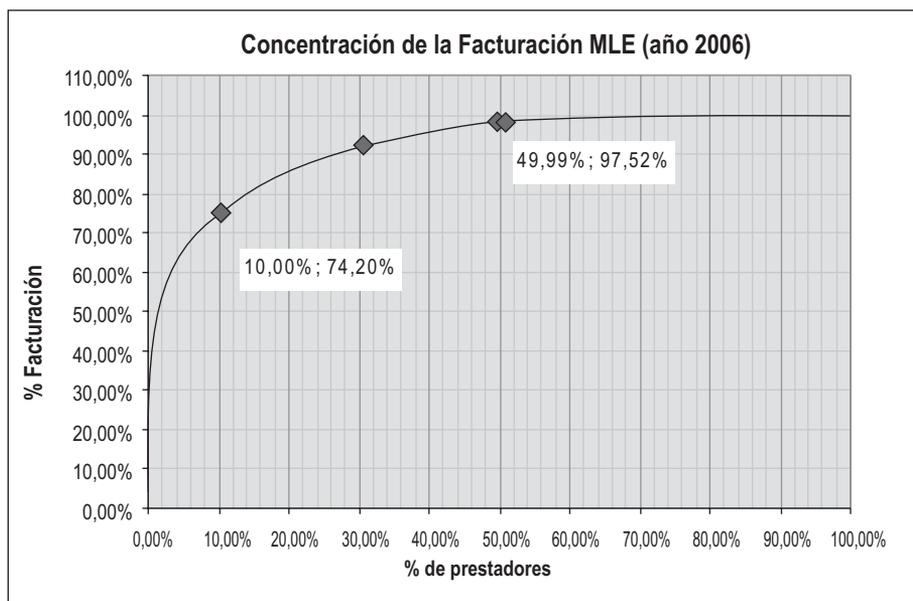
FUENTE: FONASA

La evaluación de la oferta activa de prestadores, revela una concentración significativa en el primer decil (alrededor de 2000 prestadores), que deriva a concluir otra lógica en la compra de servicios en esta modalidad (el primer decil factura el 74.2% de la facturación total) pero sólo 10 establecimientos facturan el 14% de esta modalidad (gráfico 2).

⁵ Lo que suelen indicar los usuarios es esencialmente listas de espera indefinidas aunque podría también haber razones de calidad que no son mencionadas tan notoriamente salvo en lo referente a “hotelería”.



Gráfico N° 2



FUENTE: FONASA

Estas empresas concentran las atenciones hospitalarias enmarcadas en los PAD y se están convirtiendo en verdaderas industrias de servicios médicos en que los profesionales devienen en asalariados de las empresas y deben cumplir con una serie de requisitos, a cambio de una clientela cautiva y la infraestructura básica para las atenciones de consulta. Alrededor del 60% de las prestaciones que otorgan los profesionales de la salud se hacen a través de prestadores institucionales lo cual se aleja de las ideas básicas que determinaron la creación de la MLE a fines de los años sesenta.

Desde los años 90 la MLE ha continuado desarrollándose de manera importante, pese a que las bonificaciones promedio calculadas por Fonasa, alcanzan sólo al 31% del costo. Se entiende que las funciones esenciales de los copagos son: racionar el consumo (válido para demandas elásticas pero inútil, por ejemplo, en urgencias reales); reducir el riesgo moral; proporcionar información sobre las preferencias individuales; y, valoración de los usuarios acerca de los servicios públicos (Lopes Casanovas. 2003). No obstante, el alto nivel de copagos no ha tenido ningún impacto en la reducción de la MLE, esencialmente porque el sistema público de salud chileno habría optado más bien por reducir la oferta en varios rubros tales como imagenología, laboratorios y atención ambulatoria de especialidades. Asimismo, los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) se asocian a una insuficiente oferta por parte del sector público. Todo esto se aprecia en el cuadro siguiente.



Cuadro N°5
Participación por grupo de prestaciones y tipo de prestador

Descripción	Instituciones	Médicos	Resto profes.	Total
ATENCION ABIERTA	15,2%	15,2%	0,0%	30,5%
PAGO ASOCIADO A DIAGNOSTICO (PAD)	17,4%	0,0%	0,0%	17,4%
IMAGENOLOGIA	13,8%	0,6%	0,0%	14,5%
EXAMENES DE LABORATORIO	8,7%	0,1%	0,8%	9,6%
UROLOGIA Y NEFROLOGIA	8,0%	0,4%	0,0%	8,4%
OFTALMOLOGIA	1,9%	0,9%	0,1%	2,9%
CARDIOLOGIA, NEUMOLOGIA, CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y DE TORAX	2,2%	0,3%	0,0%	2,5%
GASTROENTEROLOGIA	1,5%	0,7%	0,0%	2,2%
KINESIOLOGIA, MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	0,8%	0,0%	1,2%	2,0%
PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA CLINICA	0,5%	0,4%	0,3%	1,3%
ANATOMIA PATOLOGICA	0,9%	0,3%	0,0%	1,2%
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	0,5%	0,7%	0,0%	1,2%
DIAS CAMA	1,2%	0,0%	0,0%	1,2%
MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA	1,0%	0,1%	0,0%	1,1%
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	0,4%	0,4%	0,0%	0,8%
NEUROLOGIA Y NEUROCIROLOGIA	0,5%	0,2%	0,0%	0,7%
PAE	0,7%	0,0%	0,0%	0,7%
DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS	0,3%	0,2%	0,0%	0,6%
RESTO GRUPOS (Grupo 07-10-22-23-24)	0,5%	0,0%	0,0%	0,5%
OTORRINOLARINGOLOGIA	0,3%	0,1%	0,1%	0,5%
ENFERMERIA	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Total	76,5%	20,8%	2,7%	100,0%

FUENTE: FONASA

d) El rol de los incentivos públicos para la decisión del usuario entre prestadores públicos o privados

A continuación se describirán dos situaciones de salud en las cuales los incentivos (mecanismos de pago) han jugado un rol decisivo, ya sea para fortalecer o reducir la provisión pública. Estos ejemplos seleccionados – las diálisis y el parto- ilustran que la autoridad sanitaria y del seguro público pueden resolver de maneras diversas la estructura general de la oferta de servicios de salud.

i) Insuficiencia renal crónica terminal diálisis

Según las guías clínicas (Minsal 2005) la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/ o hereditario como adquiridas. En su etapa terminal, definida por Síndrome Urémico y Ecografía que demuestre daño parenquimatoso, requiere tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante.

El costo estimado mensual en 2005 de la hemodiálisis fue de \$467.490. Se calculaba que en hemodiálisis en Chile hay 10.400 personas, niños y adultos, con una tasa de 648 por millón de población (pmp). Hasta agosto del 2003 la prevalencia de pacientes en Hemodiálisis a través de los 175 centros en el país (Red pública y privada), fue de 9.139 personas. De éstas sólo 884 personas recibían hemodiálisis en Hospitales Públicos, en 23 Servicios de Salud.

Como es de prever, la mayoría de los pacientes no tenían posibilidades de solventar tales gastos y el acceso a los hospitales públicos se remitía a sólo un 8% de los casos; en circunstancias que un estudio de Minsal del 2007 especifica que el 86% de la población con este problema sanitario pertenece a Fonasa.



Históricamente, ante la insuficiencia de oferta pública el Fonasa subsidiaba a los pacientes a través del Programa de Préstamos Médicos destinado a apoyar con financiamiento total o parcial del monto que les corresponde pagar por las prestaciones. Los grupos de menores ingresos son los más beneficiados con estos préstamos (cabe notar que de no existir este mecanismo el resultado más probable sería la muerte del paciente). Los pensionados y adultos mayores reciben el 76% y el 54%, respectivamente, de los fondos asignados mediante este mecanismo, lo que confirma que estos préstamos tienen el carácter de compensatorios para lograr mayor equidad (Urriola 2005).

La Resolución exenta del Minsal N°44/2003 establece que “en la Modalidad de Libre Elección, procederá el otorgamiento de préstamos, para el financiamiento de la parte no bonificada de las prestaciones de salud, de acuerdo al siguiente detalle:

- Pago Asociado a Emergencia.
- Atención Hospitalizada.
- Diálisis (hemodiálisis y peritoneodiálisis).
- Radioterapia.
- Tratamientos psiquiátricos.
- Adquisición de órtesis y prótesis.

Específicamente, en el numeral f) se acotan los Préstamos en Tratamientos de Diálisis en que “Para facilitar el otorgamiento de préstamos a los pacientes sometidos a estos tratamientos, el Fondo Nacional de Salud le entrega al paciente un talonario con un detalle de la prestación y su precio, el que debe entenderse de uso exclusivo por parte del beneficiario quien debe administrarlo personalmente.

Es opción del beneficiario, entregarlo al prestador que otorga la atención para efectos de los trámites de valorización correspondientes. En ningún caso puede ser retenido por estos centros en contra de la voluntad del paciente.

Cuadro N°6
Monto promedio por préstamos medicos otorgados
cifras pesos de cada año

Año / ítem	Hemo-Dialisis	Tasa de crec.	Otros	Tasa de crec.	Urgencia	Tasa de crec.	Total	Tasa de crec.
1998	174.109		104.893				156.061	
1999	196.596	12,9	137.120	30,7			179.925	15,3
2000	205.919	4,7	176.183	28,5	188.513		196.397	9,2
2001	217.314	5,5	198.324	12,6	236.730	25,6	211.349	7,6
2002	226.860	4,4	210.160	6,0	255.140	7,8	222.287	5,2
2003	135.000	-40,5	194.258	-7,6	260.735	2,2	152.412	-31,4
2004	96.740	-28,3	199.460	2,7	242.740	-6,9	128.640	-15,6
2005	100.883	4,3	209.534	5,1	250.525	3,2	150.967	17,4
2006	107.849	6,9	214.972	2,6	246.128	-1,8	180.566	19,6
2007	121.770	12,9	235.052	9,3	302.431	22,9	17.009	20,2

FUENTE: Préstamos Médicos Departamento Finanzas FONASA

En febrero del 2006 por la entrada en vigencia del plan Auge se modifica el decreto de 1985 señalándose que “También procederá el otorgamiento de préstamos para el financiamiento de todo o una parte del copago de las prestaciones o grupo de prestaciones que gocen de garantía explícita dentro de los problemas de salud que se definan conforme a la ley 19.966.”

Al mismo tiempo que se han instalado varias decenas de clínicas privadas con fines de lucro a causa de la entrada de esta patología al AUGE, también en el sector público se están resolviendo creciente y mayoritariamente las demandas de los pacientes dializados porque se ha hecho una importante inversión en esta área. En este caso, entonces, se ha incentivado la inversión pública para resolver esta patología en los establecimientos públicos.

ii) PAD parto

Se ha escogido el análisis del parto no sólo porque representa dos tercios del total del gasto realizado a través de Pagos Asociados a Diagnóstico (cuadro 8) sino porque es el segundo rubro de gasto en la MLE (cuadro 9) sólo superado por todas las consultas de especialidades reunidas. En efecto, el sector público desarrolló una política deliberada para incrementar el uso de esta modalidad en tanto aumentó las bonificaciones y estableció convenios con clínicas privadas para este efecto como se observa en el cuadro 9.

Cuadro N° 7
Distribución categoría PAD años 2005 y 2008

Glosa	2005 MM\$ c/año	2006 MM\$ c/año	2007 MM\$ c/año	2008 (e) MM\$ c/año
Parto	31.885.309	37.664.324	43.089.803	48.296.617
Cataratas (no incluye lente Intraocular)	6.462.174	6.292.981	6.472.536	6.090.405
Colelitiasis	4.397.197	5.158.567	5.590.352	5.562.045
Hiperplasia de la próstata	1.315.091	1.173.481	1.155.069	1.049.756
Enfermedad crónica de las amígdalas	1.188.138	1.373.546	1.624.584	1.876.541
Hernia abdominal simple	784.349	909.984	1.004.736	1.091.617
Hernia abdominal complicada	1.006.596	1.190.828	1.405.101	1.476.334
Hernia del Núcleo Pulposo (cervical, dorsal, lumbar)	574.226	747.252	718.845	703.499
Resto PAD	1.480.857	1.780.676	2.067.917	2.308.160
TOTAL	49.093.937	56.291.638	63.128.943	68.454.973

Fuente: Emisión Año 2008 estimado

Cuadro N° 8
Prestaciones de salud con mayor participación en el gasto MLE (65%)

Código	Glosa Prestación de Salud	Frec.	Gasto (MM\$)	% Absoluto	% Acumulado
0101003	Consulta médica especialidades	6.814.972	63.250	19,0%	19,0%
2501009	Parto	55.482	43.090	13,0%	32,0%
0101001	Consulta médica electiva	4.317.560	32.376	9,7%	41,7%
0101002	Consulta médica de Neurólogo, Neurocirujano, Otorrinolaringólogo, Geriatra u Oncólogo	718.315	9.535	2,9%	44,6%
2501021	Cataratas (no incluye lente Intraocular)	10.547	6.473	1,9%	46,5%
2501001	Colelitiasis	5.438	5.590	1,7%	48,2%
1201019	Exploración vitreoretinal, ambos ojos	787.802	4.739	1,4%	49,6%
0404003	Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos)	198.592	4.378	1,3%	50,9%
0401070	Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.)	208.727	3.495	1,1%	52,0%
2801003	Pago Asociado a Atención Emergencia Mayor Complejidad	1.585	3.148	0,9%	52,9%
0403001	Cerebro (30 cortes 8-10 mm.)	56.271	3.127	0,9%	53,9%
0404005	Ecotomografía transvaginal o transrectal	242.076	3.009	0,9%	54,8%
1901029	Hemodiálisis con bicarbonato con insumos (tratamiento mensual)	80.125	2.983	0,9%	55,7%
0401010	Mamografía bilateral (4 exp.)	173.371	2.977	0,9%	56,6%
0302034	Perfil Lipídico (incluye: colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos)	552.754	2.973	0,9%	57,5%
1801001	Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia).	101.713	2.956	0,9%	58,4%
2301071	Lentes ópticos o de contacto(Sólo para mayores de 55 años)	200.235	2.894	0,9%	59,2%
1701045	Ecocardiograma Doppler Color	46.351	2.807	0,8%	60,1%
0404006	Ecotomografía ginecológica, pelviana femenina u obstetrica con estudio fetal	221.531	2.692	0,8%	60,9%
0302075	Perfil Bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros)	353.943	2.606	0,8%	61,7%



0301045	Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación)	955.305	2.569	0,8%	62,4%
0403014	Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm.)	31.026	2.404	0,7%	63,2%
1901026	Peritoneodiálisis continua en paciente crónico (adulto o niños) (tratamiento mensual)	109.019	2.221	0,7%	63,8%
0302076	Perfil Hepático (incluye tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasas alcalinas totales, GGT, transaminasas GOT/AST y GPT/ALT)	207.248	1.934	0,6%	64,4%
0405001	Cráneo-cerebro	11.032	1.929	0,6%	65,0%

Fuente: FONASA

A partir de 2003 la bonificación media en el sistema de los PAD otorgada por Fonasa alcanza a 43,5%. Entre ellas el PAD Parto pasa de un 45% a un 70% de bonificación; Diálisis de 50% a 80%; prestaciones de emergencia pasan de 50% a 60% en media complejidad y, de 50% a 70%, en las de mayor complejidad.

El aumento de la Bonificación en el PAD Parto no solo provocó una sustitución de resolución de pago por prestaciones a PAD, sino que además permitió un mayor acceso a beneficiarios Fonasa así como también a los nuevos beneficiarios.

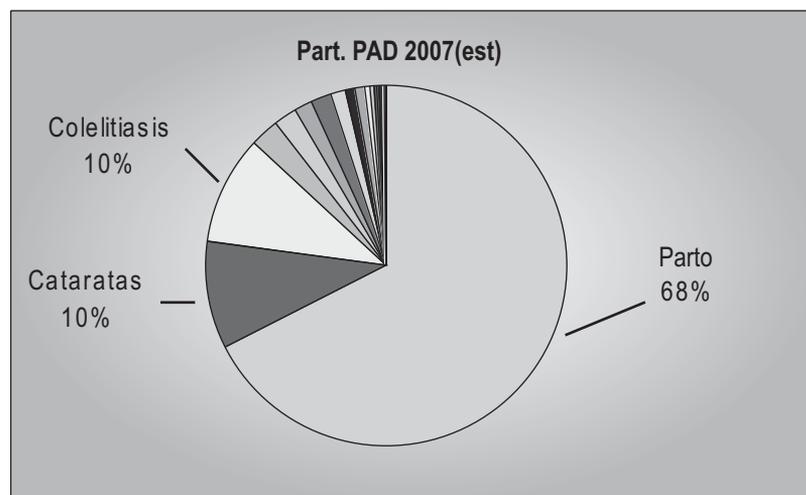
Cuadro N° 9
Evolución pad parto en la MLE, año 1998-2007 y proyección 2008

Período	Gasto Total Nom	Crec. Gasto Nom.	Frecuencia	Crec. Act.
1998	731.645		1.232	
1999	2.629.325	259	4.246	245
2000	4.193.339	59	6.611	56
2001	5.846.127	39	8.813	33
2002	7.391.942	26	10.720	22
2003 (1)	16.122.694	118	22.646	111
2004	26.196.968	62	36.410	61
2005	31.885.309	22	3.508	19
2006	37.664.324	18	50.051	15
2007	43.089.803	14	5.482	11
2008(est)	48.296.617	12	59.846	8

FUENTE: FONASA

NOTA: (1) En año 2003, se incrementó la bonificación del PAD Parto de un 40% a un 75%

Gráfico N° 3



FUENTE: FONASA



Todo indica en este caso que el aumento de las bonificaciones entregadas para favorecer el uso de la MLE es la causa principal del incremento en el uso de este rubro. En efecto, las motivaciones de quienes impulsaron estos cambios tienen esencialmente relación con: asegurar la atención con el profesional que realiza los cuidados preparto y que en su mayoría –en los grupos C y D de Fonasa- se hacen en consultas privadas justamente en la MLE; mantener un status de hotelería que no existe en la mayoría de los establecimientos públicos y que por razones valóricas muchas personas quisiesen mantener en una situación excepcional como es el nacimiento de un hijo; asegurar servicios colaterales (tiempos de visita; recorridos de visita médica) que, al menos subjetivamente, no se han desarrollado convenientemente en el sector público.

En todo caso, existe un problema de oferta, esta vez vinculado a la calidad relacionada con las expectativas de la población, antes que la inexistencia de oferta. Empero, tampoco existen estudios que hayan determinado las relaciones costo efectividad de la construcción de pabellones o infraestructura pública que ofrezca tales servicios a calidades similares.

REFLEXIONES PRELIMINARES ACERCA DE LA MLE

Una conclusión evidente –pero obviamente insuficiente sino errada- sería buscar sólo reducir los costos en la MLE. Al igual que en los demás costos de salud, esto podría lograrse mediante restricciones a la oferta (aumentar listas de espera, disminuir cobertura o reducir la calidad); aumento de los copagos; y/o, aumento de la eficiencia del sistema (en este caso, bastaría con que los costos de la oferta pública marginal sean menores que los costos de la MLE).

No obstante, la variación de costos sólo “explica” aproximadamente un 25% de la variación global del gasto en la MLE. Entre las medidas que se sugieren frecuentemente en la literatura para contener los costos en la MLE se menciona:

- i) colocar un “gatekeeper” que permita que la derivación a especialistas sea avalada profesionalmente o verificable ex-ante.
- ii) Establecer criterios de homogeneidad o estandarización de los procedimientos clínicos (protocolización). Esto se logra, por ejemplo, en la modalidad PAD. Incluso se ha planteado la búsqueda de mecanismos que permitan establecer esquemas de “prestadores preferenciales” (los de mayor uso de la MLE que permite el sector público), orientados al correcto uso del seguro estableciendo estándares de comportamiento de consumo de prestaciones en un marco que garantice calidad.
- iii) sistema de alertas por frecuencia de uso de procedimientos de acuerdo a rangos conocidos o acotados (método canadiense). Es decir, perfeccionamiento de los mecanismos de control a los prestadores.
- iv) Política creciente de disponibilidad de oferta pública en el acceso y resolución de estos problemas de salud apoyada por criterios de costo efectividad en la resolución de estos problemas.

En efecto, es conocida la existencia de una brecha de oferta por parte del sector público. Estas brechas el Minsal las centró en el Nivel Terciario y Secundario en:

Trasplantes de médula y corazón; Endoprótesis Totales de Cadera; Cataratas; Accesos Vasculares; Tratamientos de Radioterapia; Tratamientos de Diálisis; Radiología e Imagenología Compleja; y, Exámenes de monitoreo a PVVIH. Asimismo, estas brechas se traducen en insuficientes médicos en especialidades en el sector público.

Mientras que en nivel primario (2005) se estimaba que la oferta pública debía ser complementada en algunos problemas de salud como:

- Diabetes Mellitus Tipo 2
- Hipertensión Arterial (> 15 años)
- Infección Respiratoria Aguda (< 5 años)
- Neumonía Comunitaria (> 65 años)
- Salud Oral en Niños de 6 años

- v) Políticas orientadas hacia la Complementariedad de las Modalidades Atención Institucional y Libre Elección.
- vi) Perfilar la Modalidad hacia definiciones y prácticas con características mas sanitarias (creación de prestaciones Integrales Tipo PAD).



vii) Estructurar un marco de convenios que incorporen elementos de negociación orientados a la calidad, satisfacción usuaria, cumplimiento de objetivos sanitarios, práctica de protocolos. Se recomienda diseñar convenios que además presenten los siguientes elementos.

- Definición de Protocolos
- Definición de Indicadores Sanitarios
- Definición de otros indicadores

Adicionalmente, los convenios deberían ser reevaluados periódicamente en función del cumplimiento del mismo y de los objetivos del plan de salud. Lo anterior exige un Sistema potente de información y control y una mayor rigurosidad en la acreditación de prestadores.

viii) En cualquier caso vale la pena tomar en cuenta los resultados de Hurst et al. (2007) para cuatro países europeos en que, de una muestra de 656 médicos, éstos están más dispuestos a participar activamente en políticas de contención de costos antes que en restricciones provenientes de reglas administrativas o de acceso a camas hospitalarias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Aedo C. Las Reformas en la Salud en Chile. En La Transformación Económica de Chile. Larraín F. y R. Vergara. CEP, Santiago. 2000.
- 2 Afonso A., L. Schuknecht and V. Tanzi. Public sector efficiency evidence for new EU member states and emerging markets. European Central Bank. WORKING PAPER SERIES Nº. 581/ JANUARY 2006.
- 3 Aldunate E. y R. Martner Política fiscal y protección social. Revista de la CEPAL Nº 90, Santiago. diciembre 2006.
- 4 Appleby J. and Anthony Harrison. SPENDING ON HEALTH CARE. How much is enough? King's Fund, United Kingdom 2006.
- 5 Banco Mundial. Las prioridades de la salud. Banco Mundial, Washington. 2006.
- 6 Caviedes R. Subsidios a la demanda en salud: una alternativa viable. Estudios Públicos Nº 54. Stgo, CEP. 1994.
- 7 Dormont B. et H. Huber. Causes of health expenditure growth the predominance of changes in medical practices over population ageing cahier n° 2006-03. U. de Dauphine. 2006.
- 8 Evans David B, Ajay Tandon, Christopher J L Murray, J. Lauer, Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis Editorial by McKee a Global Programme on Evidence for Health Policy, World Health Organization. 2000.
- 9 Fondo Nacional de Salud. Boletín Estadístico. Santiago, Fonasa. Varios años.
- 10 Gerdtham, U-G., B. Jönsson, M. McFarlan and H. Oxley, "Factor Affecting Health Spending: a Cross-Country Econometric Analysis", Annex to *OECD Economics Department Working Papers*, No. 149, OECD, Paris. 1994
- 11 Häkkinen U. and I. Joumard. Cross-country analysis of efficiency in OECD health care sectors: options for research OCDE economics department. Working paper Nº 554. Julio 2007.
- 12 Hurst S., Reidun Forde, Stella Reiter-Theil, Anne-Marie Slowther, Arnaud Perrier, Renzo Pegoraro and Marion Danis. Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems. BMC Health Services Research 2007, 7:137 doi:10.1186/1472-6963-7-137 - August 2007
- 13 Hsiao W. and P. S. Heller. What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy?. IMF Working Paper WP/07/13. IMF. 2007
- 14 Ipinza M. Evolución del gasto público en salud y lo que el país debiera gastar. Chile 2007. Cuad Méd Soc (Chile) 2007, 47 (2):
- 15 Instituto Salud y Futuro. Análisis on line. Implantación del AUGE ¿promueve o restringe la competencia? Año 4 Nº37 06/07/05. www.saludyfuturo.cl

- 16 Larrañaga Osvaldo. Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 49. Naciones Unidas, proyecto Cepal/GTZ “Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe”. Santiago de Chile, LC/L.1030. Junio de 1997.
- 17 Lopes Casanovas G, Puig-Junoy J., Ganuza J. y Planas I. Los nuevos instrumentos de la gestión pública. Colección Estudios Económicos N° 31. La Caixa. Barcelona. 2003.
- 18 Mackintosh M. Planning and market regulation: strenghts, weaknesses and interactions in the provision of less inequitable and better quality health care Open University, UK. March 2007.
- 19 Minsal. GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD. Guía Clínica Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Minsal 2005. en www.minsal.cl (visitado agosto de 2007)
- 20 Miranda E. Descentralización y privatización del sistema de salud chileno Estudios Públicos Revista N° 39. Santiago, 1990.
- 21 Miranda X. Estudio de mejoramiento indice de precios al consumidor del sector salud y viabilidad de un Indice de Precios del sector público de la salud. Documento interno Fonasa. Santiago 2007.
- 22 OCDE. Annual Report 2007. OCDE, Francia. 2007
- 23 OPS 2006. Informe sobre la salud en el mundo 2006. Ginebra, OPS 2006.
- 24 Planas Miret. Autonomía organizativa, formas jurídicas y libre elección de los usuarios en sanidad. En El interfaz público-privado en sanidad. G. López-Casnovas. Masson, Madrid. 2003.
- 25 Savedoff W. What Should A Country Spend On Health Care?. Health Affairs 26, no. 4 (2007): 962-970f
- 26 Sloan, Frank A., Picone, Gabriel, Taylor, Donald H. and Chou, Shin-Yi, “Hospital Ownership and Cost and Quality of Care: Is There a Dime’s Worth of Difference?” (August 1, 1998). NBER Working Paper No. W6706
- 27 Tanzi V. Papel del Estado y la calidad del sector público Revista de la CEPAL N° 71 Santiago, agosto 2000
- 28 Tanzi V. El papel del gobierno y la eficiencia de los instrumentos de política económica. International Monetary Fund (IMF); National Bureau of Economic Research (NBER). IMF Working Paper No. 95/100. Octubre de 1995.
- 29 Urriola R. Financiamiento y equidad en salud: el seguro público chileno. Revista de la CEPAL No 87, Santiago. Diciembre de 2005.
- 30 White J. Markets and Medical Care: The United States,1993–2005. The Milbank Quarterly, Vol. 85, No. 3, 2007 (pp. 395–448).





FONASA