

# Impacto de la selección de los mecanismos de pago en la producción de atención de salud: ¿están en línea con los objetivos sanitarios?

## Impact of payment mechanisms on health services production in Chile. ¿Are the mechanisms in tune with the health policy objectives?

Camilo Cid<sup>1</sup>  
Dra. Ximena Riesco<sup>2</sup>

### Resumen

Este trabajo intenta caracterizar de los problemas que contienen los incentivos, principalmente aquellos contenidos en los mecanismos de transferencia usados en Chile, que no se encuentran a la altura de los desafíos de la actual reforma, por lo que se requiere entrar en una fase de modificación importante. A la vez, se describe evidencia empírica que muestra efectos indeseados sobre la producción de prestaciones a nivel global, desde hace algunos años y desde 2005, con la implementación de la reforma y la introducción de las GES, asociados a los mecanismos de pago. Esto es, disminución general de la actividad del SNSS, aumento de las urgencias y de la compra externa tanto vía MLE como GES. La disminución de la actividad general del SNSS no implica una caída en la productividad ya que se produce un cambio en el case-mix de producción del sistema, incentivado por las GES y sus compromisos asociados. Esto último, puede estar reflejando problemas de acceso en lo no GES. Por último, se reseña de modo general, la propuesta que está siendo trabajada en el sector para modificar los sistemas de transferencia

*Palabras clave:* incentivos económicos, pago por acto, capitación ajustada por riesgo, PPV y PPI; MAI y MLE.

### Abstract

The current mechanisms of financial transfer in the Chilean Health Care System imply incentives that are not up to the challenges of the Health Reform initiated in 2002. According to the authors, important modifications are required.

We present empirical evidence of the undesired effects of those mechanisms on the overall generation of health services in the last few years. Starting in 2005, the Health Reform introduced Explicit Guarantees (GES) for the provision of certain services, and these are linked to the mechanisms of payment to the providers.

There has been a general decrease in the activities of the National Health Services System, an increase of emergency care and in the purchase of external services via the Explicit Guarantees and also via the Free Choice option included in the public system.

The reduction of the general activity of the public system is not matched by a fall in productivity: what we observe is a change in the case mix, which is induced mainly by the Explicit Guarantees scheme and its associated commitments. A reduction of access to non GES care may be under way. We describe the general outline of a proposed change in the financial transfer mechanisms, which is being discussed in the health sector.

*Key words:* economic incentives; fee for service; risk adjusted capitation; Priced Services Program (PPV); Institutional Services Program (PPI); Institutional Care Modality (MAI); Free Choice Medicine (MLE).

Recibido el 31 de enero de 2008. Aceptado el 28 de febrero de 2008.

1 Economista, Comisión Nuevos Mecanismos de Pago del Minsal. Correspondencia [camilocid@gmail.com](mailto:camilocid@gmail.com)

2 Médico, especialista en salud pública.

## 1. INTRODUCCIÓN

En el sector público de salud chileno conviven diferentes mecanismos de presupuestación, de pagos e incentivos. Pagos por acto para una buena parte de la atención hospitalaria, un per-cápita para la atención primaria (APS) y un importante componente de presupuesto histórico en todos los niveles asistenciales. Los mecanismos de pago por acto se concretan a través del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) del presupuesto<sup>3</sup> que a pesar de tener componentes de presupuesto prospectivo opera en la práctica como un pago por acto, que está compuesto por canastas valoradas, que incluyen algunas de las que solucionan los problemas priorizados por la Reforma<sup>4</sup>, las Garantías Explícitas en Salud (GES). Actualmente, por la vía de éste programa se gasta cerca del 50% del total del gasto hospitalario y se incentiva su aumento. Pero el desarrollo de este tipo de pagos, no asegura la necesidad de impulsar mayor equidad y la contención de costos en el sistema de salud y existen ámbitos donde el problema puede amenazar su sostenibilidad. Es un sistema de pagos que tiende a desequilibrar la asignación de recursos y en el que existen incentivos continuados a la expansión de un sector del presupuesto en desmedro de otro.

3 El presupuesto del sector público se divide en APS, PPV y PPI (Programa de Prestaciones Institucionales), estas últimas se financian con presupuesto histórico. Además existen dos modalidades de atención en Fonasa la atención en proveedores públicos en red (SNSS), la MAI, que contiene PPV y PPI y la atención de libre elección (MLE) que consiste en la compra de un bono por parte del cotizante para ser atendido en el proveedor escogido (típicamente del sector privado), a su vez, las prestaciones garantizadas por la reforma, las GES, se contabilizan en la MAI, son fundamentalmente PPV y pueden realizarse en el sector público (principalmente) o en el sector privado (en caso de ausencia de oferta par cumplir con la garantía).

4 La Reforma de salud en Chile ha otorgado garantías de acceso, de protección financiera, de oportunidad y calidad, para resolver 56 problemas de salud priorizados, 25 en su primer año, 40 en el segundo llegando a los 56 el tercer año.

Anivel de los Servicios de salud<sup>5</sup>, en un entorno donde hay múltiples actividades sanitarias necesarias y un sistema de pago que se concentra favorablemente en un grupo de ellas, se dirigen la mayoría de los esfuerzos hacia aquella parte, corriendo el riesgo de descuidar el resto. Por ello, se precisa reducir el sistema de pago existente hacia un sistema más global que siga incentivando la eliminación de listas de espera, pero que introduzca una visión de conseguir resultados en salud, a través del cambio en los mecanismos de transferencia.

La actual situación abre la oportunidad de debatir nuevas propuestas. La integración entre niveles asistenciales, entendida como red coordinada de proveedores de salud que otorga continuidad asistencial a una población a cargo, lo que lleva asociado un riesgo financiero reflejado en un costo esperado, contiene ventajas sanitarias y económicas para fomentar ésta integración (7). Junto con ello, es posible desarrollar un sistema de pago a los distintos niveles asistenciales que se base en costos ajustados por complejidad, inserto en el techo presupuestario dado por la asignación de recursos capitativa ajustada por riesgos (Comisión Nuevos Mecanismos de Transferencia Fonasa-Minsal, 2006, en adelante Comisión).

## 2. OBJETIVOS Y MÉTODO

El objetivo del trabajo es señalar la inconveniencia de continuar con el actual sistema de pagos por acto y sus incentivos en el sector público de salud en Chile, caracterizar su crisis y señalar la necesidad de pasar a una etapa superior en los mecanismos de transferencia, describiendo, una alternativa que se adecua mejor a las actuales necesidades de la Reforma.

El trabajo es descriptivo, basado en datos de la producción y de la ejecución financiera y presupuestaria

5 El sistema público de salud en Chile, está organizado a través de 28 Servicios de Salud que tienen bajo su cargo una población y un territorio, y cuentan con infraestructura hospitalaria para ello. La Atención Primaria de Salud debe coordinar su accionar con estos Servicios desconcentrados, pero depende políticamente de los gobiernos municipales.

del sector público de salud chileno en los últimos años, 2000 a 2006 en casi todos los casos.

### **3. CARACTERIZACIÓN DE LA CRISIS DE LOS MECANISMOS DE PAGO Y SUS INCENTIVOS**

#### **3.1. Desbalance presupuestario y de los gastos e incentivos a la discriminación**

El sistema de pago por acto, mediante un precio sombra, que constituyen los montos de los aranceles anunciados cada año por Fonasa, que pretende emular precios mediante el establecimiento de tarifas, promueve el desbalance del financiamiento, en particular en aquellas prestaciones a que está dirigido, las del PPV y dentro de ellas aquellas que contienen GES. Además genera una serie de incentivos nocivos, como el incentivo al volumen y priorización sólo de aquello que se encuentra valorado e incluido dentro de este tipo de pagos, y dentro de ellos aquello que aparece como más lucrativo para los proveedores. Además, cuando la oferta pública se ve copada (4), en combinación con un presupuesto rígido para reasignar y abierto en las GES, conduce al incentivo a la derivación al sector privado para que allí se resuelva el problema a un costo mayor para el sistema público, lo que a su vez provoca un problema de equidad dado que el subsidio otorgado también es mayor, para precios más altos del sector privado (Comisión, 2006). En efecto, aún dentro del Programa de Prestaciones Valoradas, se presenta una discriminación presupuestaria en relación a las patologías GES. Estas últimas no tienen restricción financiera y si un prestador realiza atenciones por sobre lo convenido inicialmente con FONASA, se le cancela toda la mayor demanda que haya atendido en el período convenido. Además, existe el incentivo de los prestadores de no resolver la patología GES más complejos donde el precio es menor que el costo asociado. Esta asimetría de información lleva a serios problemas para el seguro porque obliga a comprar externamente, considerando que la capacidad pública está subutilizada, y tiene como consecuencia una espiral de costo para el Fonasa y un mayor déficit para el presupuesto público.

Lo que parece estar ocurriendo es un riesgo de desfinanciamiento de las actividades no identificadas como PPV y GES y no pagadas por acto, que forman el grueso de ellas y que están dentro del Programa de Prestaciones Institucionales del presupuesto (PPI). De esta forma, existen incentivos económicos hacia los Servicios de Salud para entregar prestaciones sanitarias que resuelvan patologías del programa de prestaciones valoradas y que están garantizadas. El pago por acto en las prestaciones garantizadas y el financiamiento de las prestaciones no garantizadas a través del PPI, incentivan a la producción de prestaciones sanitarias que tengan mayor financiamiento para el prestador. Así la resolución de las patologías no garantizadas depende del grado de altruismo de cada Servicio de Salud y lleva a resultados sanitarios heterogéneos a nivel de país. (4). Asociarle un precio (sombra) a las atenciones de salud causa distorsiones, dado que las necesidades sanitarias de diferentes poblaciones y las complejidades asociadas con diferentes grados de altruismo en los directivos de cada Servicio de Salud, tienen como efecto, seleccionar los pacientes menos complejos y costosos dentro de la misma lista de espera de los PPV. Por otro lado, una vez resuelta la actividad financiada, las necesidades sanitarias adicionales que se produzcan deben ser costeadas por el Servicio de Salud. Si estamos frente a un Servicio altruista que necesita realizar actividad adicional a la negociada con el Seguro, la alternativa pasa por endeudarse o utilizar recursos destinados a las PPI (4). Así, el mecanismo, si bien tiende a solucionar la lista de espera, no ejerce ningún incentivo para su gestión adecuada, lo que redundará en que no necesariamente lo más necesario, en términos sanitarios, es lo que se atiende primero.

#### **3.2. Problemas en el desarrollo de la provisión pública**

Los sistemas de pago, puede traer consecuencias de largo plazo, por el incentivo a no desarrollar la planificación sanitaria, la infraestructura, la tecnología y en definitiva la calidad en el sistema público, dada la inducción médica especializada y la convivencia del sector privado que resulta beneficiado por la compra externa del FONASA, a

causa de estas y otras asimetrías de información en la producción entre el asegurador y el prestador público. De esta forma, tiende a perderse el incentivo a desarrollar la capacidad productiva y tecnológica pública, aún existiendo capacidad ociosa, porque hay, aparentemente, una mejor alternativa en un proveedor privado. El cumplimiento de las garantías obliga a la compra externa por parte del seguro público a prestadores privados, pero ésta compra sólo será eficiente si la oferta pública realmente esta copada y el complemento privado se transforma en producción sanitaria necesaria para hacer frente a las reales necesidades sanitarias de la población. El FONASA no debería permitir la compra privada bajo el escenario donde existe selección de riesgo y asimetrías de información en los costos de producción del prestador público, por cuanto esta actividad provoca un gasto ineficiente.

El problema radica que la decisión de invertir en tecnologías sanitarias o infraestructura no debería ser una decisión individual del prestador si no del regulador para garantizar acceso equitativo a nivel de país. El regulador debe tener una visión macro de las inversiones en el sector salud para garantizar a la población acceso equitativo a las tecnologías e infraestructura para que todo ciudadano tenga derecho de acceder a prestadores de alta calidad que le garantizan resultados sanitarios homogéneos.

#### 4. LA EVIDENCIA EMPÍRICA ACERCA DEL POSIBLE EFECTO DE LOS INCENTIVOS

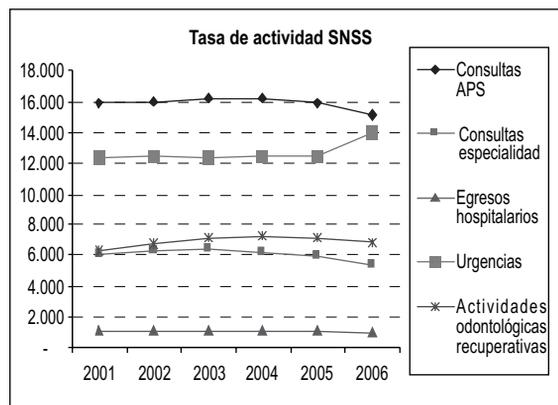
Un análisis exploratorio de la actividad clínica asistencial del sistema público de salud chileno en los últimos años permite formular algunas hipótesis que dan luces de algunos problemas significativos, asociados a los efectos de los mecanismos de pago vigentes que hemos venido señalando.

##### 4.1. Evolución de la Producción de la Actividad Clínica Asistencial

En el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) la actividad asociada a la morbilidad, aumentó hasta 2004, pero en 2005 y 2006 disminuyó provocando

una caída neta entre los años 2001 y 2006<sup>6</sup> en prácticamente todos los niveles asistenciales. En efecto, han disminuido las consultas médicas en la Atención Primaria de Salud, las atenciones médicas de especialidad del nivel secundario y los egresos hospitalarios. De las variables de producción aquí escogidas, lo único que se ha mantenido y aumentado fuertemente en el tiempo, son las atenciones médicas de urgencia.

**GRÁFICO 1:**  
**Evolución de la Producción de Actividad en el SNSS 2001 – 2006 (tasas\*10.000)**

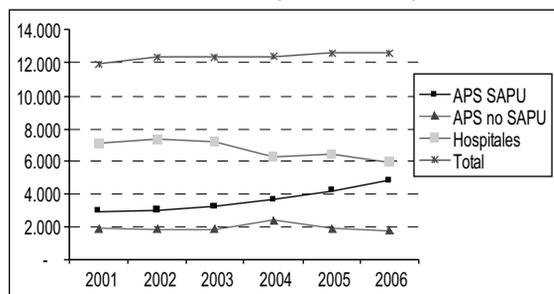


Fuente: Elaborado a partir de los REM de cada año publicados por el Departamento de Estadísticas e Información para Salud. [deis.minsal.cl](http://deis.minsal.cl)

Las urgencias en el sistema son remuneradas principalmente por acto, no habiendo incentivos financieros alineados consistentemente con un modelo de contención de estas atenciones, dado su alto porcentaje de consulta innecesaria de acuerdo a las mismas clasificaciones del Minsal (Minsal, 2005). Al explorar un poco más en este componente tenemos que se da un gran aumento en la urgencia SAPU en la APS, ello ocurre junto con un aumento de la oferta de este tipo de servicios a nivel comunal, por lo que puede responder a demanda que antes no se expresada como a problemas de acceso a la morbilidad común que se ha visto desplazada por los cambios de mezcla de producción.

<sup>6</sup> Esta caída es válida tomando cualquier período de referencia hasta el 2006

**GRÁFICO 2:**  
Evolución de la Actividad de Urgencia en el SNSS  
2001 – 2006 (tasas\*10.000)



Fuente: Elaborado con datos publicados por el Departamento de Estadísticas e Información para Salud. [deis.minsal.cl](http://deis.minsal.cl)

Por otro lado, al analizar el programa de urgencia se aprecia un aumento de las camas críticas y una leve disminución de la consulta hospitalaria. Ello podría conllevar a encarecimiento de la urgencia y riesgo de desfinanciamiento al tener asociado un pago por acto fijo (por consulta).

**TABLA 1:**  
Programa de Urgencia  
en el SNSS 2001 – 2006 (tasas\*10.000)

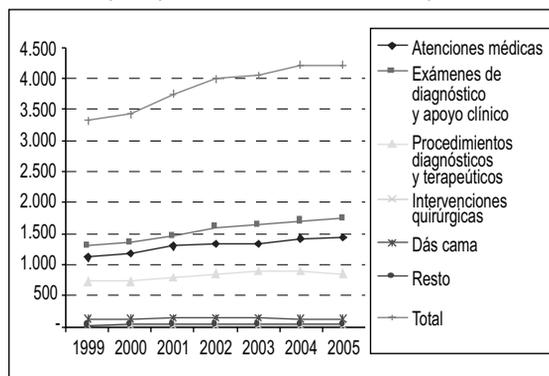
Año	Unidad Emergencia Hospitalaria	Camas Críticas	SAMU	Total Programa de Urgencia
2003	6.392	350	242	6.984
2004	6.018	417	272	6.707
2005	5.725	417	323	6.525

Fuente: DECOM-Fonasa

Por otra parte, la actividad de la Modalidad de Libre Elección que financia el asegurador público, Fonasa (MLE), representa principalmente una salida de actividad de morbilidad desde el sector público de provisión hacia la provisión privada. Así es como se aprecia que la MLE ha aumentado ostensiblemente su actividad en los últimos años, en particular las consultas médicas, procedimientos y exámenes<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Este aumento puede, en efecto, haber compensado la disminución de producción en el SNSS, pero ello no se puede corroborar dado que los registros no permiten un nivel de comparabilidad apropiado. En especial el registro de la MLE corresponde a bonos emitidos que no corresponden siempre a una atención médica, examen o procedimiento o, al revés, varios bonos pueden corresponder a una de ellas.

**GRÁFICO 3:**  
Evolución de la actividad en la Modalidad de Libre Elección (MLE) del Fonasa, 1999 – 2005 (tasas\*1.000)



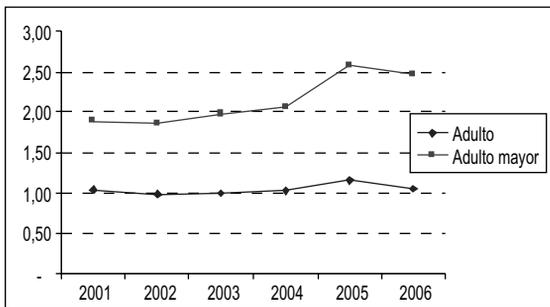
Fuente: Elaborado a partir de los Boletines Estadísticos del FONASA 1999-2005

Fuera de los egresos hospitalarios, cuya disminución es esperable dado el modelo de atención que se ha promovido durante años en Chile, los demás componentes analizados presentan resultados contrarios a los que en salud se debería esperar. Si no ha habido cambios en la morbilidad y suponiendo una situación ex – ante de brecha entre demanda y oferta, podríamos esperar un aumento de la producción ambulatoria primaria y secundaria, un aumento de la producción del sistema público en su conjunto y una disminución de las urgencias y levemente de los egresos hospitalarios. Por eso la información analizada es sorprendente pues indicaría que, al menos, en los últimos 5 años la actividad de atención de salud se ha orientado hacia la MLE del Fonasa, hacia las urgencias, y en general, tiende a disminuir la actividad médica en los esquemas de atención institucional o cerrados, en el último período, tipo de actividad que en el sector público y por lo tanto en el país, es la gran mayoría de la actividad clínico asistencial.

Las hipótesis explicativas de esta situación son difíciles de corroborar, ya que la información disponible no es suficiente. Pero en base a los datos se puede afirmar, como hipótesis, que a partir de 2005 los mecanismos de transferencia por acto, pueden haber tenido una influencia gravitante en el cambio de tendencia de la actividad del SNSS hacia la disminución de la actividad general. Por otra parte, las atenciones

asociadas a los problemas de salud garantizados, GES, han tenido alguna influencia en la caída de la actividad en el SNSS y el aumento en la MLE, en los últimos dos años<sup>8,9</sup>. Es decir, en los hechos se da un aumento de la actividad que se compra al sector privado (MLE) y que se paga por acto, un aumento de las intervenciones vía urgencias que también se paga principalmente por acto y una disminución de la actividad Institucional que no se paga por acto, pero sí por presupuesto histórico. De este modo, la disminución de la actividad global en el SNSS se produce con un aumento de algunas actividades a expensas de otras, por lo que no ha implicado disminución en la productividad. Lo anterior se explica porque estas distintas actividades tienen distintos rendimientos y concentraciones y por lo tanto, lo que se produce es un cambio del case-mix de producción, dadas las prioridades de la Reforma.

**GRÁFICO 4:**  
Consultas del Adulto Mayor y del Adulto, APS,  
2001-2006

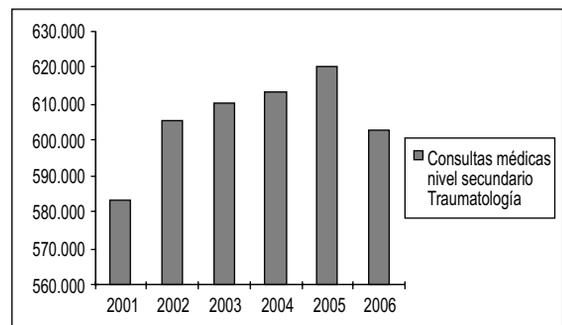


Fuente: Elaborado con datos publicados por el Departamento de Estadísticas e Información para Salud. [deis.minsal.cl](http://deis.minsal.cl)

Así pareciera ocurrir en el siguiente ejemplo. En que se aprecia un aumento mucho mayor de la consulta

del adulto mayor respecto de la del adulto en 2005 y 2006. Una consulta de HTA (GES) puede tener la mitad del rendimiento de una consulta de morbilidad promedio, de esta forma por cada consulta adicional de HTA se dejarán de hacer dos consultas de morbilidad. Otro ejemplo es que por cada operación de cadera (GES) en traumatología se dejarán de hacer muchas consultas de morbilidad en la misma especialidad.

**GRÁFICO 5:**  
Evolución de Consultas de Especialidad  
Traumatología, 2001-2006



Fuente: Elaborado con datos publicados por el Departamento de Estadísticas e Información para Salud. [deis.minsal.cl](http://deis.minsal.cl)

Es posible, también, que haya problemas de gestión y planificación sanitaria asociados a la actividad institucional y GES que estén pesando en el aumento de la MLE y disminución de la MAI, como la configuración de las redes, la complejidad abordable a nivel de la MAI, etc.

8 A pesar del posible aumento de actividad MAI que ahora es GES y que antes se hacía y registraba por MLE, como por ejemplo podría ser la hemodiálisis

9 Hay un grupo de actividad que es comprada directamente por Fonasa para cumplir con las garantías que es informada pero no se registra en la MAI. En el primer año de implementación de las GES, Junio de 2005 a Julio de 2006, el Fonasa compró prestaciones directas a privados para el cierre de brechas públicas para 8.390 personas, por un monto de M\$30.458.208 (Urriola en Fonasa, Documentos de trabajo N°3, 2007).

**TABLA 2:**  
**Trade-off entre la Modalidad Institucional y la Modalidad de Libre elección del Fonasa, 1998-2005**

Año	Componente presupuesto Fonasa	Prestaciones per cápita	Gasto per cápita \$2005	% Prestaciones per cápita	% Gasto per cápita
1998	MLE	2,147	16,347	20%	25%
	MAI	8,595	49,909	80%	75%
	Total	10,741	66,257	100%	100%
1999	MLE	2,152	17,302	20%	25%
	MAI	8,666	51,614	80%	75%
	Total	10,818	68,916	100%	100%
2000	MLE	2,267	18,599	21%	26%
	MAI	8,435	52,839	79%	74%
	Total	10,701	71,439	100%	100%
2001	MLE	2,452	22,537	22%	29%
	MAI	8,853	55,793	78%	71%
	Total	11,305	78,330	100%	100%
2002	MLE	2,579	23,890	23%	30%
	MAI	8,709	55,729	77%	70%
	Total	11,288	79,620	100%	100%
2003	MLE	2,575	26,643	23%	32%
	MAI	8,631	57,301	77%	68%
	Total	11,206	83,943	100%	100%
2004	MLE	2,725	26,187	24%	33%
	MAI	8,574	52,430	76%	67%
	Total	11,299	78,618	100%	100%
2005	MLE	2,769	25,632	25%	34%
	MAI	8,522	50,574	75%	66%
	Total	11,291	76,206	100%	100%

Fuente: Elaborado por autores con Boletines estadísticos del Fonasa 1998-2005

#### 4.2 Evolución de los Gastos y la Facturación de la Actividad Clínico Asistencial

Lo anteriormente señalado respecto de la actividad, pareciera verse ratificado en la caída de la facturación

por la MAI el año 2005 en un 5%. La caída global de los gastos, producto de la caída de actividad no pagada por acto, se aprecia especialmente en la atención abierta y en los días cama de hospitalización y las intervenciones quirúrgicas.

**TABLA 3:**  
**Facturación MAI todos los niveles (excepto APS Municipal), en \$ de 2005**

M\$ de 2005	2001	2002	2003	2004	2005
Atención abierta		119.182.994	111.369.414	111.432.682	103.418.330
Exámenes de Diagnóstico y Apoyo Clínico		82.220.163	82.595.521	87.623.196	87.369.662
Proc. Med. Nuclear, Ginec y Obst, y ortopedia		10.719.023	15.475.557	16.698.802	15.959.149
Intervenciones Quirúrgicas		69.958.217	72.963.786	77.995.714	76.761.533
Partos		11.605.410	10.927.164	10.341.708	9.469.277
Atención Odontológica		24.666.170	23.980.303	24.304.722	22.887.088
Días Cama de Hospitalización		176.929.777	175.350.485	180.603.448	171.983.627
Actividades Protección específica		2.614.365	2.467.665	2.520.653	2.223.758
Hemodiálisis y peritoneo diálisis		4.462.280	8.766.994	8.172.709	7.636.114
Proced. Diagnósticos y terapéuticos		10.973.677	11.973.429	13.206.595	14.796.966
Miscelaneos		10.285.434	10.199.249	10.893.522	10.022.637
At salud ocupacional y ambiental		16.487.921	15.573.027	16.942.482	12.256.375
Lentes, audif, pnd, tbc, traslados y rondas rurales		13.188.191	15.050.493	16.831.807	17.294.923
Resumen facturación compra de Servicio		8.355.923	11.660.208	15.648.921	10.309.065
Total		561.649.546	568.353.294	593.216.961	562.388.504

Fuente: Boletines estadísticos Fonasa

Los gastos en la MLE aumentan significativamente desde 1999 hasta 2004 y en 2005 representaron aproximadamente un 25% del total del presupuesto de transferencias del Fonasa. No obstante, Aún cuando lo que se presenta en la MLE entre 2004 y 2005 es un aumento de la actividad en un 4%, esto ocurre con una disminución del valor de las prestaciones y una caída del monto total de gasto MLE<sup>10</sup>, dado fundamentalmente por las intervenciones quirúrgicas, que aumentaron en cantidad en un 1,7% y cayeron en términos de valor junto con los días cama, que caen en todos sus componentes menos en psiquiatría (aumentan en 14%)<sup>11</sup>.

A efectos de ratificar lo que hemos sostenido, en términos monetarios, las próximas tablas muestran el crecimiento de la importancia de los programas que se financian por acto (PPV) y dentro de ellos, en los últimos años, la importancia del componente de problemas Garantizados por la reforma.

**TABLA 4:**  
**Gastos en la MLE. 1999–2005**  
**(Miles de pesos de 2005)**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Gasto Total	163.020.933	188.926.168	220.947.754	238.216.662	257.996.187	296.295.424	285.029.698
Gasto por atención médica	24	24	26	27	29	30	27
Gasto por exámenes	21	21	23	22	23	25	22
Gasto por procedimiento diagnóstico y terapéutico	36	38	42	42	43	47	45
Gasto por intervención quirúrgica	1.994	2.198	2.400	2.388	2.457	2.731	2.584
Gasto por día cama	202	230	246	266	284	331	325
Resto	943	840	817	870	945	901	798
Total	8	8	9	9	9	10	9

*Fuente: Elaborado a partir de los Boletines Estadísticos del FONASA 1999-2005.*

<sup>10</sup> El 2005, a contrapelo con la actividad, se detiene la tendencia alcista en precios que llevaba la MLE del FONASA. En efecto, cae el gasto total y el gasto por prestación de manera importante. Esta es una tendencia conveniente que puede deberse a una caída de precios de los proveedores de la MLE.

<sup>11</sup> El componente "Resto" donde se encuentran los PADs, principalmente el parto, las prótesis y el PAE cae en cuanto a monto en un 4% entres 2004 y 2005.

**TABLA 5:**  
**Gasto Programas Prestaciones valoradas (PPV) y Prestaciones Institucionales (PPI) del Fonasa 2003–2006. En pesos 2006 y porcentaje de participación**

Año	PPI	PPV	Total
2003	437.912.805	312.633.535	750.546.340
	58%	42%	100%
2004	478.573.588	331.060.278	809.633.866
	59%	41%	100%
2005	478.921.255	366.091.513	845.012.768
	57%	43%	100%
2006	552.151.712	428.853.513	981.005.225
	56%	44%	100%

Fuente: Elaborado a partir de los Boletines Estadísticos del FONASA 1999-2005.

El trade-off PPV-PPI ocurre también en términos monetarios y dentro de las PPV va cobrando fuerza rápidamente la actividad pagada por acto y con garantías explícitas de las GES, aún cuando todavía no representa un porcentaje mayoritario de los gastos.

**TABLA 6:**  
**Gasto problemas de salud GES en el Programa de Prestaciones Valoradas, 2004 a 2006, Pesos de 2006 y porcentajes de participación**

Año	PPV GES	PPV No GES	Total
2004	52.961.773	278.098.505	331.060.278
	16%	84%	100%
2005	58.256.838	307.834.675	366.091.513
	16%	84%	100%
2006	118.205.419	310.648.093	428.853.513
	28%	72%	100%

Fuente: Elaborado a partir de los Boletines Estadísticos del FONASA 1999-2005

Nota: Estas cifras no incluyen a la APS

## 5. LA PROPUESTA PARA REORIENTAR LOS INCENTIVOS CON OBJETIVOS SANITARIOS

La propuesta que se encuentra en estudio cambiaría el esquema de pagos de manera radical, combinando mecanismos prospectivos y retrospectivos, tal como recomienda la literatura internacional y el avance de la economía de la salud (6) (7) (5) .

Una financiación capitativa, ajustada por riesgo, constituye un mecanismo regulatorio potente para fomentar la integración de proveedores, que puede mitigar la actual falta de continuidad entre la APS, la atención secundaria y terciaria en Chile. El uso de una herramienta presupuestaria de esta naturaleza, permitirá realizar asignaciones más justas, basada en las necesidades sanitarias de la población beneficiaria. El pago capitado ajustado por riesgos, como techo de gasto territorial, a una institución con atribuciones y capacitada para su gestión, como un Servicio de salud, promueve la asignación eficiente de los recursos y la generación de organizaciones integradas, desde un punto de vista funcional y clínico.

La asignación a nivel de prestaciones, o microasignación, debe existir para garantizar productividad y eficiencia en servicios sanitarios. Por encima de la asignación a proveedores está la asignación a poblaciones que hemos señalado como posible mediante un sistema capitativo ajustado por riesgo, para un equilibrio financiero es necesario el equilibrio del nivel de prestaciones. Por lo tanto, para retribuir al sector hospitalario, se puede incluir información de los costos y nivel de complejidad asociada a cada prestador, a través del desarrollo de Índices de Casuística en comparación con otros establecimientos comparables. De esta forma el pago a nivel hospitalario se basará en complejidad y estructura, que a su vez se asocia a diagnósticos clínicos. En cuanto a la APS: se propone profundizar y mejorar la capitación actual, incorporando fuertemente ajuste de riesgos, de forma de establecer incentivos a la prevención y la equidad en este segmento.

Habrán excepciones que por su especificidad deberán ser tratadas de manera especial, con un método de pago mixto, que combine un presupuesto, independiente del volumen producido, con un presupuesto variable que incorpore complejidad e incentive la eficiencia.

Además, necesariamente un cambio de la magnitud señalada debe acompañarse de un sistema de gestión del sistema de salud eficiente, que considere los siguientes aspectos: i) Buenos sistemas de

planificación a nivel central y territorial, que aseguren acceso a prestadores sanitarios de calidad y producción sanitaria costo efectivas, ii) Sistemas de información que sean capaces de registrar la historia clínica informatizada para integrar la gestión de la red y revelar los costos de producción asociados, iii) Sistema de Control y mecanismos de corrección de las desviaciones.

## 6. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS FINALES

La hipótesis de este trabajo es la siguiente: el esquema de pagos no asegura mayor equidad ni contención de costos. Tiende a desequilibrar la asignación de recursos, si se expande un componente del presupuesto en desmedro de otro. Desde 2005 disminuye la actividad del SNSS, con aumento de urgencias y aumento de actividad fuera del SNSS (MLE y GES). Disminuye actividad no valorada, aumenta la actividad pagada por acto, pero no cae la productividad porque ocurre un cambio en el case-mix de producción. Para evitar problemas de acceso se requiere reducir el sistema de pago hacia un sistema más global que incentivando la eliminación de listas de espera, apoye conseguir resultados en salud, de acuerdo a objetivos sanitarios. Se propone una capitación ajustada por riesgo, que fomente la integración sanitaria, combinada con un pago basado en complejidad a nivel hospitalario.

Las excepciones, en que la actividad aumenta, la de urgencia, la MLE y las GES son pagadas principalmente por acto. La actividad garantizada no logra revertir la tendencia, incluyendo aquella actividad que por lo general antes se realizaba vía MLE y a partir de las GES se podrían estar realizando vía MAI. Los temores acerca de los incentivos de los mecanismos de pago por acto parecen estarse cumpliendo en Chile: disminución de la actividad no valorada y no pagada por acto, aumento de la actividad pagada por acto (cuyo resultado neto es a la disminución), desvío importante de actividad hacia la provisión privada pagada por acto (MLE y GES) y subsidiada por un mayor valor, aumento permanente de las urgencias.

La disminución de la actividad global no implica disminución en la productividad, ya que, las distintas actividades intercambiadas tienen distintos rendimientos y concentraciones y por lo tanto, lo que ocurre es un cambio del case-mix de producción dadas las prioridades de la Reforma. Eso sí, esto puede estar reflejando de problemas de acceso en aquella actividad no priorizada por las garantías.

La reforma está comenzando y es deseable que algunos de estos procesos terminen por revertirse (los que se deban a procesos de ajuste en la implementación de los cambios de la reforma). Con todo, es necesario que los mecanismos de pago se pongan en línea con la planificación sanitaria y colaboren realmente al logro de los objetivos. Para esta, una nueva etapa en los mecanismos de transferencias, hay una propuesta en desarrollo, que debe considerar que los mejores sistemas de pago no podrán funcionar si no existen niveles razonables de desarrollo en los sistemas de planificación y control y en los sistemas de información adecuados.

## Referencias

1. ÁLVAREZ B, PALLISÉ L., LOBO F. (2002) "Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE". *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 8(1/2), 2000, pgs, 55-69.
2. CASTRO R., CID C, ROMÁN A., BUTALA N., (2006). "Changing Health Care Provider Incentives to Promote Prevention: The Chilean Case". *Harvard Health Policy Review*, Vol. 7, N°2, Fall 2006, pages 102 to 111.
3. CID C., CASTRO R, ROMÁN A., DÍAZ E., CARVAJAL J, ÁLVAREZ F. (2007) "Crisis de los mecanismos de pago y necesidad de una nueva forma de asignación de recursos en el sector público de salud Chileno". *Jornadas de Economía de la Salud. La Coruña, España, Junio de 2007. www.aes.es*
4. COMISIÓN NUEVOS MECANISMOS DE TRANSFERENCIA MINSAL-FONASA (2006). *Presentación a la Ministra de Salud, Comité Ejecutivo del Sector por C. Cid y Presentaciones en Seminario Internacional del Fonasa por C. Cid y R. Castro. publicadas en Seminario Protección y Seguridad Social en Salud, Seminario Internacional del Fonasa. Ediciones Seminarios Fonasa Año 1 N°1. www.fonasa.cl*

5. IBERN P. (2005). Editor *"Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance"*. Capítulo 7: García Goñi M. "Ajuste de riesgo en los mercados sanitario".
6. NEWHOUSE, J. (1996). "Reimbursing Health plans and Health Providers: Efficiency in Production versus Selection". *Journal of Economics Literature*. American Association, vol 34 (3), pfs 1236-1263.
7. ORTÚN V; LÓPEZ CASASNOVAS (2002). "Financiación Capitulativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias". Documento de trabajo 3. Fundación BBVA, Universidad Pompeu Fabra.
8. URRIOLO R (2007). "Un año del plan AUGE en el sistema público de salud". Documentos de trabajo N°3, FONASA, Enero de 2007.