

**FONASA**  
FONDO NACIONAL DE SALUD

**SERIE DE DOCUMENTOS DE  
TRABAJO  
N° 2**

**DEPARTAMENTO DE PLANEAMIENTO INSTITUCIONAL  
FONASA  
Agosto 2006**

**DOCUMENTO DE TRABAJO**

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

**COORDINACION EDITORIAL**

Rafael Urriola Urbina

**PRODUCCION EDITORIAL**

Patricia Jorquera Hernández

**Inscripción ISSN N° 0718 - 1949**

Derechos Reservados

Publicado en Santiago de Chile

**DIAGRAMACION 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**

Jorge Echeñique Mora

## **Departamento de Planeamiento Institucional**

Rafael Urriola Urbina

## **Departamento de Gestión de Tecnologías de Información**

José Miguel Sánchez Bugueño

## **Departamento de Finanzas**

Patricio Lagos Araya

## **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**

Ignacio Vidaurrezaga

# INDICE

## PRESENTACIÓN

## INTRODUCCIÓN

### I DEFINICIONES ESTRATEGICAS DE FONASA (julio 2006)

### II EL DESAFÍO DE LA CAPITACIÓN AJUSTADA POR RIESGO EN LA ATENCIÓN SANITARIA PÚBLICA CHILENA

#### 1. Estado de Situación

- 1.1.- Antecedentes
- 1.2.- Descripción de los mecanismos de pago actuales

#### 2. Marco Conceptual para la Asignación de Recursos en el Sistema Público de Salud

- 2.1.- Marco teórico de los mecanismos de pago y los incentivos de los proveedores
- 2.2.- Mecanismo de pago prospectivo
- 2.3.- Mecanismo de pago retrospectivo
- 2.4.- Mecanismo de pago mixto

#### 3. Capacitación Ajustada por Riesgo

- 3.1.- Justificación de la utilización de sistemas de ajuste de riesgo
- 3.2.- Simulación de ajuste de riesgo poblacional (edad y sexo)
- 3.3.- Encaminando el ajuste por riesgo con mayores niveles de explicación de utilización de servicios sanitarios por morbilidad.

#### 4.- Conclusiones y Futuros Desarrollos

#### 5.- Bibliografía

### III EL ROL DE LA FUNCIÓN DE INTERMEDIACIÓN DE COMPRA PARA ASEGURAR LAS GARANTÍAS AUGE

#### A. Determinación de la Demanda

#### B. Identificación de la Oferta AUGE

- a. Oferta Pública
- b. Oferta Privada

#### C. Organización de la Oferta

#### D. Política de Compra

- c. Modalidades de Compra
- d. Modalidades e Instrumentos de Compra a prestadores Privados

#### E. Directorio de Compra

- e. Objetivos
- f. Composición
- g. Productos esperados
- h. Actividades

#### F. Evaluación Compra en AUGE 2005

# PRESENTACION

Los Documentos de Trabajo del Fonasa tienen por objeto presentar a la comunidad que sigue los temas de salud algunos trabajos que son motivo de debate entre analistas, académicos y, por cierto, autoridades del sector. Los trabajos aquí presentados entregan información, sugerencias con respecto a las políticas públicas futuras y opiniones personales que no cabe duda, podrán formar parte del debate sectorial.

El Fonasa en el marco de la seguridad social y de la búsqueda de la protección social universal, desarrolla diversas iniciativas que necesitan ser sometidas al veredicto de la población. Por ello, esta Serie no representa la opinión institucional sino, refleja opiniones, expresadas en trabajos de personas -pertenecientes o no al Fonasa- que permitirán estimular el debate sobre temas que, en todo caso, corresponden a las prioridades que nos hemos fijado para el período.

En efecto, la Protección Social enfrenta diversas trabas de orden institucional, financiero y de gestión. El Fonasa está empeñado en superarlas. Creemos que en esta tarea deben converger los análisis de tipo práctico, académico y de las teorías de la gestión o administración de los recursos. Todo ello cabe entre los contenidos de estos Documentos de Trabajo.

En esta oportunidad se adelantan las reflexiones que condujeron a repensar las formas de asignación de recursos en el Sistema Público de Salud. Por cierto, nuestra intención es someter al veredicto público tales opiniones. Sólo nos resta afirmar que el objetivo principal del Fonasa es buscar los mecanismos que logren mayor equidad en este aspecto.

La descripción de la función de compra es importante para la comunidad en tanto sugiere e invita a reflexionar acerca de las mejores maneras en que, de acuerdo a las atribuciones del Fonasa, podremos potenciar los principios de efectividad, es decir, eficacia de impacto (mayores beneficios) y eficiencia financiera (obtener los objetivos a menores costos). Saber cómo funciona el Fonasa, quizás, permitirá a algunos proponer soluciones de menor costo/beneficio lo cual será, desde luego, un aporte a nuestra actividad.

Sabemos que siempre quedarán postergados otros temas de igual o mayor importancia, pero someter a la opinión pública estos artículos es parte de nuestros objetivos de participación e interlocución con la comunidad. Esperamos que ello ocurra.

**Hernán Monasterio Irazoque**  
**Director**  
**FONASA**

Julio 2006

## **I Misión, Visión, Objetivos Estratégicos y Estrategia. Fonasa 2006**

Entre marzo y agosto de 2006 el Fondo Nacional de Salud realizó un intenso debate acerca de los lineamientos estratégicos para el período los cuales debían –como es lógico- adecuarse a las prioridades establecidas por la Presidenta de la República recientemente electa, Dra. Michelle Bachelet Jeria.

Para estos efectos, se realizaron numerosas sesiones de Comités Ejecutivos (CE) ordinarios y tres Comités Ejecutivos Ampliados, siendo ésta la instancia ejecutiva de mayor representatividad en la institución porque convoca a los miembros habituales del CE (especialmente Jefes de Departamentos) como a los Jefes de SubDepartamentos y a los Directores y Directoras Regionales.

El proceso de elaboración comenzó con más de 20 documentos que fueron presentados por todas las autoridades con el fin de explicitar metas, problemas o desafíos para el 2006. Luego, se procedió a elaborar una síntesis de lineamientos, los cuales fueron agrupados a través de múltiples intercambios de ideas y conformación de comisiones ad-hoc que permitieron precisar tales objetivos.

Una tarea de esta envergadura, tiene la enorme ventaja que los responsables institucionales se sienten involucrados en las metas a cumplir. Ciertamente, pueden subsistir dudas -y aún opiniones que disientan de algunos de estos lineamientos- pero para aquello se está simultáneamente confeccionado el Cuadro de Mando Integral de Fonasa, instrumento que por su mayor flexibilidad orientada a la gestión permite detectar oportunamente las eventuales correcciones que deba hacerse en el futuro.

En todo caso, los objetivos estratégicos que se presentan en este acápite están diseñados con un horizonte mayor, es decir cuatro a cinco años, de tal modo que la institución pueda establecer metas que vayan ampliándose o mejorándose gradualmente en dicho período y que los funcionarios de todos los rangos dispongan de un orden de prioridades orientadora para las actividades cotidianas.

Dada la importancia de estas resoluciones se estimó de interés que ellas sean difundidas en los Documentos de Trabajo de Fonasa.

**Rafael Urriola U.**  
**Jefe Departamento**  
**Planeamiento Institucional**

### **Misión**

“Asegurar a los Beneficiarios del FONASA el acceso a los servicios disponibles en el ámbito de la protección social en salud, con atención de excelencia”.

### **Visión**

“ Ser la Institución de Seguridad Social Pública en Salud para los habitantes del país, que garantiza a sus beneficiarios la protección social en salud de manera universal, solidaria y equitativa, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población.”

### **Objetivo Estratégico N°1**

<b>Perspectiva</b>	<b>BENEFICIARIOS</b>
<b>Objetivo Estratégico</b>	Extender la Protección Social en Salud a los potenciales beneficiarios, con énfasis en los grupos vulnerables.
<b>Estrategia</b>	En la perspectiva de la universalidad de la protección en salud, desarrollar mecanismos legales, comunicacionales, educacionales e incentivos que permitan incorporar, de manera estable, a los grupos vulnerables y con desprotección social, a trabajadores dependientes e independientes y resguardando los principios de la seguridad social en salud.

### **Objetivo Estratégico N° 2**

<b>Perspectiva</b>	<b>BENEFICIARIOS</b>
<b>Objetivo Estratégico</b>	Aumentar los niveles de satisfacción usuaria y mantener a la población informada y educada para el ejercicio de sus derechos y obligaciones, en el ámbito de la protección social en salud.
<b>Estrategia</b>	Desarrollar e implementar modelos de atención integrados, con énfasis en un rol educador y orientador en derechos y deberes de la población, fomentando la participación ciudadana, contribuyendo a la satisfacción usuaria y “fidelización” de la población

### Objetivo estratégico N° 3

<b>Perspectiva</b>	<b>BENEFICIARIOS</b>
<b>Objetivo Estratégico</b>	Mejorar el acceso a las prestaciones y servicios de Salud, que sean compatibles con los objetivos sanitarios y con las necesidades expresadas por la población.
<b>Estrategia</b>	Desarrollar e implementar programas que responda a: las necesidades de nuestros beneficiarios; a los desafíos derivados del cambio en el perfil epidemiológico de la población; a las necesidades de prevención y educación en salud; y asimismo, implementar mecanismos de evaluación del impacto sanitario de éstas actividades.

### Objetivo estratégico N° 4

<b>Perspectiva</b>	<b>MARCO GUBERNAMENTAL</b>
<b>Objetivo Estratégico</b>	Propender hacia la eficiencia financiera en las fuentes y en el uso de los recursos del FONASA.
<b>Estrategia</b>	Perfeccionar los mecanismos de gestión y control de captación de recursos; Contribuir a instaurar una regla de financiamiento; Optimizar mecanismos de transferencia y pago eficaces (que tengan el mayor impacto sobre los estados de salud de la población), eficientes (que estos logros se obtengan a los menores costos) y equitativos (que reduzcan las diferencias en estados de salud de los grupos sociales); e implementar métodos permanentes de evaluación de la eficiencia en el uso de los recursos financieros, asociado a los mecanismos de pago utilizados.

### Objetivo Estratégico N° 5

<b>Perspectiva</b>	<b>GESTION INTERNA</b>
<b>Objetivo Estratégico</b>	Asegurar el cumplimiento del Régimen General de Garantías.
<b>Estrategia</b>	Optimizar mecanismos de gestión que permitan integrar los distintos procesos involucrados en el Régimen General de Garantías, incorporando a los distintos actores que participan en el proceso. Implementar un proceso de evaluación permanente de la entrega del Régimen General de Garantía.

### Objetivo Estratégico N° 6

<b>Perspectiva</b>	<b>GESTION INTERNA</b>
<b>Objetivo Estratégico</b>	Fortalecer las Competencias de las personas que trabajan en el FONASA generando las condiciones necesarias para su desarrollo integral, promoviendo una gestión innovadora, participativa y de excelencia en el otorgamiento de los Servicios.
<b>Estrategia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar un adecuado clima laboral.</li> <li>• Generar competencias del RR.HH. Tanto interno como externo.</li> <li>• Implementar un Sistema de gestión de Calidad Institucional.</li> <li>• Desarrollar sistemas de incentivos adecuados.</li> <li>• Diseñar metodologías para optimizar la estructura organizacional y la carga de trabajo a nivel regional y nacional.</li> </ul>

## Mapa Estratégico FONASA

“Asegurar a los Beneficiarios del FONASA el acceso a los servicios disponibles en el ámbito de la protección social en salud, con atención de excelencia ". ( Misión)

“Ser la Institución de Seguridad Social Pública en Salud para los habitantes del país, que garantiza a sus beneficiarios la protección social en salud de manera universal, solidaria y equitativa, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población ". ( Visión)

### Beneficiarios

1. Extender la Protección Social en Salud a los potenciales beneficiarios, con énfasis en los grupos vulnerables.

2. Aumentar los niveles de satisfacción usuaria y mantener a la población informada y educada para el ejercicio de sus derechos y obligaciones, en el ámbito de la protección social en salud.

3. Mejorar el acceso a las prestaciones y servicios de Salud, que sean compatibles con los objetivos sanitarios y con las necesidades expresadas por la población.

### Marco Gubernamental

4. Propender hacia la eficiencia financiera en las fuentes y en el uso de los recursos de FONASA en el marco de los servicios entregados a los beneficiarios por los prestadores

### Gestión Interna

5. Asegurar el cumplimiento del Régimen General de Garantías.

### Recurso Humano

6. Propender hacia la excelencia en el otorgamiento de los servicios, a través de una gestión innovadora y participativa, fortaleciendo las Competencias de las personas que trabajan en el FONASA generando las condiciones necesarias para su desarrollo integral.

## II El desafío de la capitación ajustada por riesgo en la Atención Sanitaria Pública Chilena

Autores:

Rodrigo Castro A., M.Sc. Health Economics, Jefe Subdepartamento Economía de la Salud. FONASA  
Fernando Alvarez B., Master Economía, Subdepartamento de Programación Financiera FONASA  
Camilo Cid P., M.A. Economía, PhD (c) Economía de la Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo  
Superintendencia de Salud

Con colaboración de:

Jaime Carvajal, Subdirector Administrativo Servicio de Salud Sur Oriente; Edgardo Díaz, Subdirector Administrativo Servicio de Salud Central; Alfredo Román, Jefe Departamento Presupuesto Minsal, Augusto Espinoza, Subdepartamento Plan de Beneficios FONASA; Vicente Ortún, Director del CRES y su equipo, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España

### RESUMEN EJECUTIVO

*Chile ha adoptado una estrategia de pagar a los proveedores sanitarios fundamentalmente en base a acto médico. Si bien en el ámbito público se trata de un sistema de pago “sombra” sin efectos reales sobre el financiamiento real, este sistema de pago que pretende emular precios mediante el establecimiento de tarifas o aranceles por servicio, se muestra incapaz de acotar las tasas de crecimiento en costos de los prestadores de servicios. Los problemas de los sistemas de pago por acto médico son suficientemente conocidos: suponen un incentivo al volumen y la sobre utilización lleva a la tendencia de obtener una macro ineficiencia con una implícita explosión de costos y la inviabilidad financiera a largo plazo para el sistema de salud.*

*En concreto, se hará necesario distinguir el gasto “deseable” de financiar, es decir, aquel que responde a variables de necesidades sanitarias de la población cubierta o de diferencias efectivas de costo entre comunidades, de aquel gasto “indeseado” o que es consecuencia de ineficiencias, presupuestos históricos, presiones políticas y todos aquellos que no corresponden a reales necesidades sanitarias de la población.*

*Estudios empíricos señalan que variables más usadas como proxis de morbilidad presentan, en general bajos niveles de explicación de utilización de servicios sanitarios:*

- ◆ *Edad + sexo:  $R^2$  alrededor de un 1%-3%*
- ◆ *Edad + sexo + egresos hospitalarios:  $R^2$  alrededor de un 12%;*
- ◆ *Edad + sexo + egresos hospitalarios + gasto en farmacia:  $R^2$  alrededor de un 30%.*

*El presente documento realiza una simulación con variables de edad y sexo para el ajuste de riesgo de los Servicios de Salud con el PPI basal de 2004, y concluimos que este bajo nivel de explicación del 1%-3%, es mejorable incorporando el case-mix (diagnostico principal, secundario y procedimientos de los egresos hospitalarios), el gasto en farmacia individual y determinantes sociales en salud. A futuro es indispensable avanzar en este sentido si queremos alcanzar estándares de ajuste de riesgo utilizados en países desarrollados.*

## Prólogo

Este trabajo está contextualizado en el desarrollo de la Comisión Nuevos Mecanismos de Transferencia para la Integración Sanitaria y la Equidad, que viene impulsando el tema a partir de octubre de 2005, con un gran impulso en la actual administración. Por lo tanto, se ha recogido el aporte teórico y empírico allí realizado. En particular, los antecedentes, la descripción de los mecanismos de pagos actuales y el marco teórico general del tipo de financiamiento que se busca fueron desarrollados por la Comisión y la simulación que se analiza fue realizada por Edgardo Díaz y Jaime Carvajal.

La Comisión está conformada por: Fernando Alvarez, Subdepartamento Programación Financiera FONASA; Jaime Carvajal, Subdirector Administrativo del Servicio de Salud Sur Oriente; Rodrigo Castro, Jefe Subdepartamento de Economía de la Salud FONASA. Camilo Cid, Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, Edgardo Díaz, Subdirector Administrativo del Servicio de Salud Central; , Augusto Espinoza, Subdepartamento Plan de Beneficios FONASA, Alfredo Roman, Jefe Departamento Presupuesto Ministerio de Salud

## 1. Estado de Situación

### 1.1.- Antecedentes

Hace más de una década que el Sector Público de Salud en Chile busca desarrollar mecanismos adecuados para la asignación de recursos en los niveles productivos, de tal forma de reemplazar el sistema de asignación histórico con todas sus inequidades e ineficiencias. Esta ha sido un área de desarrollo difícil, pues se trata de asignar un presupuesto global incorporando “incentivos adecuados”, en un contexto de rigidez normativa y presupuestaria.

En el campo de los mecanismos de pago, desde 1994 se ha tratado de implantar pagos asociados a resultados, los que se han concretado a través de los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) y programas llamados “estrellas” del FONASA<sup>1</sup>. Mientras que, en el ámbito presupuestario, en 2002 se introdujo el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) como una importante partida del presupuesto sectorial. Pero, aún con estos antecedentes, gran parte de los presupuestos siguen siendo asignados históricamente, representados en términos presupuestarios a través del Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), reproduciendo defectos tales como: desvinculación con objetivos e impactos sanitarios esperados, incoherencia entre transferencia de recursos y desempeño de los Servicios de Salud, desvinculación con resultados en calidad, eficiencia, inconsistencia entre oferta y demanda que generan listas de espera, que derivan finalmente en inequidad, falta de acceso a la salud y por ende insatisfacción usuaria.

Aún cuando las autoridades del sector salud han planteado la necesidad de idear mecanismos de asignación que se orienten hacia la equidad y el logro de los objetivos sanitarios, ha sido difícil implementar un proceso de superación del criterio de presupuesto histórico. Sin embargo, hoy en día los avances de la epidemiología y de los

---

<sup>1</sup> Los programas “estrellas” en que se usan los pagos asociados a diagnóstico (PAD), el POA (programa de oportunidad de la atención), el PAM (programa adulto mayor) y el programa de complejas.

sistemas estadísticos y de los sistemas de información, permiten al sector formular modelos de asignación y distribución territorial de recursos, con el objeto de propender hacia la búsqueda de la equidad y el uso más eficiente de recursos (Cid et. al. 2003)

La situación actual de distribución de recursos en atención secundaria y terciaria (donde la asignación de recursos para patologías AUGE sigue el mismo patrón), privilegia un pago asociado a producción, que se ha realizado para parte del presupuesto institucional y para los recursos adicionales que se han ido inyectando en el gasto del FONASA. Este volumen de recursos se ha hecho a través de los programas especiales, como el Programa del Adulto Mayor y el Programa Oportunidad en la Atención. Como consecuencia de ello, una proporción cercana al 50% del gasto hospitalario del FONASA corresponde a PPV.

Pareciera que la tendencia es a lograr que una proporción cada vez mayor del gasto hospitalario corresponda a PPV, de modo de hacer más transparente y eficiente este gasto. No obstante esta tendencia, como se señala más adelante, el desarrollo de este tipo de pagos y presupuesto por acto, levanta serias dudas en un contexto de impulso de la reforma y la necesidad de propender a la contención de costos en el sistema, la integración sanitaria entre diferentes niveles asistenciales y disminuir los incentivos perversos o de sobre consumo sanitario.

Por otra parte, durante el año 2003 se diseñó un sistema de asignación capitado a nivel del presupuesto de los Servicios de Salud que se denominó Per Cápita Ajustado por Necesidades<sup>2</sup> (PAN). Este sistema generado desde el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y consensado con el FONASA, sirvió durante ese año para la asignación de recursos marginales, como orientación para la toma de decisiones. La idea era que su utilización pasara desde el ámbito normativo y consultivo para las asignaciones de dineros de deuda, hacia un criterio real de asignación territorial de recursos. No obstante, este intento a la larga no prosperó y ya, hacia fines de 2004, dejó de tener ingerencia, conservando su importancia a nivel de análisis y estudios sobre la asignación de recursos.

## **1.2.- Descripción de los mecanismos de pago actuales**

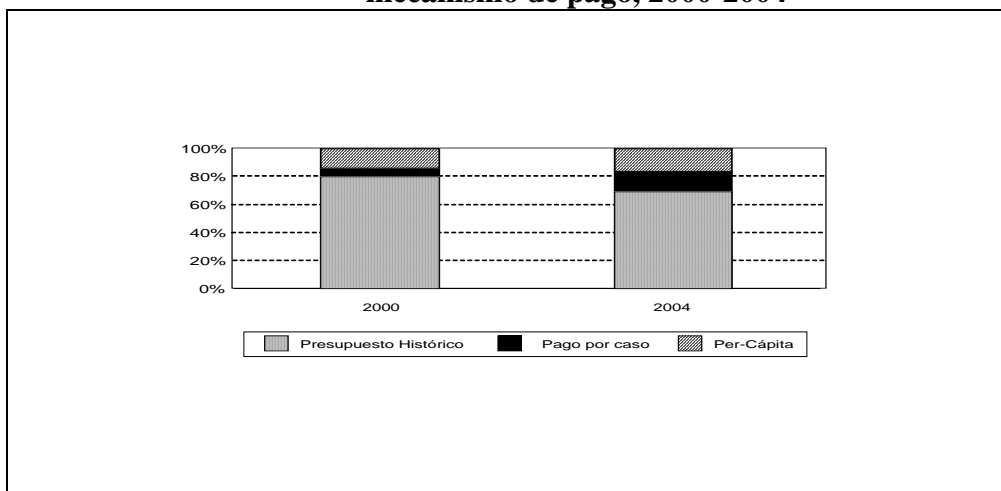
Se pueden distinguir dos períodos en las reformas financieras emprendidas por el FONASA desde la mitad de los años noventa: los desarrollos antes del año 2002 y las modificaciones introducidas posteriormente. En la primera etapa se diseñaron los mecanismos de pago PAD y PPP (pago por prestación), ambos para la atención hospitalaria, el Per-cápita para la atención primaria y los llamados Programas Especiales para la atención primaria y de los niveles superiores.

En la segunda etapa, se empezó a retribuir a los hospitales en forma creciente con estos métodos de pago, con lo que el vínculo entre resultado y asignación de recursos creció en forma importante. A manera de ejemplo se muestra en la 1 cómo el pago a los hospitales públicos vía PAD prácticamente se triplicó entre los años 2000 y 2004.

---

<sup>2</sup> Ver División de Planificación y Presupuesto del MINSAL, 2003. Documento de trabajo preparado por C.Cid, E.París, M.Rojas, B.Heyermann. También MINSAL, marzo 2005, documento evaluación del per cápita ajustado por necesidades.

**Figura 1: Evolución de la asignación presupuestaria del FONASA según mecanismo de pago, 2000-2004**



Fuente: Cifuentes, 2004, en MINSAL-Bitrán, 2004.

Tanto a nivel hospitalario como a nivel de la atención ambulatoria secundaria existe una mezcla de mecanismos de pago, donde predominan el PPP y el PAD.

La selección de diagnósticos que incorpora al mecanismo de pago PAD, se efectuó considerando aspectos tales como la importancia de ellos en el total del gasto, su frecuencia y las patologías factibles de ser estandarizadas en su resolución (FONASA, 1999).

En la atención primaria se aplica una combinación del Per-Cápita y de asignaciones presupuestarias específicas (por ejemplo, para resolver listas de espera en especialidades). La Tabla 1 muestra la incidencia de estos diferentes mecanismos de pago en el presupuesto del año 2003.

**Tabla 1: Incidencia de los mecanismos de pago en el presupuesto del FONASA, año 2003**

Nivel de Atención	Modalidad de Compra	Mecanismos de pago	Monto (Millones \$)
Atención Primaria de Salud (APS)	Convenio APS	Per Cápita	175.035
		Otros	58.033
		Subtotal Atención Primaria de Salud APS	233.068
Niveles Secundario y Terciario	Convenio Programa Prestaciones Valoradas PPV	Pago Asociado a Diagnóstico (PAD)	148.326
		Pago por Prestación (PPP)	187.898
	Convenio Programa Prestaciones Institucionales PPI	Presupuesto Histórico	403.237
		Subtotal Niveles Secundario y Terciario	739.461
Modalidad de Libre Elección (todos los niveles de atención)	Convenio MLE	Pago Asociado a Diagnóstico (PAD)	13.080
		Pago por Prestación (PPP)	118.135
		Subtotal Modalidad de Libre Elección	131.215
Total Compra de Prestaciones de Salud			1.103.744

Fuente: Cifuentes (2004), en MINSAL-Bitrán, (2004)

Como se aprecia los montos asociados a PAD son bajos respecto de la asignación total de recursos donde preponderan los pagos tipo PPP e históricos.

## **2.- Marco Conceptual para la Asignación de Recursos en el Sistema Público de Salud**

Los mecanismos de pago mixtos han incursionado y han ganado terreno en diferentes sistemas de salud en el mundo (Inglaterra, España, Países Bajos, etc.), en comparación con los mecanismos de pagos puramente prospectivos o retrospectivos.

El mecanismo de pago mixto se caracteriza por tener un componente de pago prospectivo y otro retrospectivo, con el fin de equilibrar: los costos, la eficiencia en el suministro de prestaciones sanitarias y la calidad de la prestación (calidad del resultado sanitario) entre el prestador, el beneficiario y las entidades aseguradoras-compradoras.

En Chile tenemos un creciente pago por actividad (PAD, PPV y GES) sustituyendo parte de la transferencia histórica de los presupuestos y un pago per-capitado en la atención primaria. El financiamiento del sistema de salud chileno se encuentra en una encrucijada. Los crecimientos de costo no están acotados y existen ámbitos donde este crecimiento expansivo puede amenazar la sostenibilidad del modelo. Se trata de un sistema sin final, *open-ended*, en el que existen incentivos continuos a su expansión.<sup>3</sup>

Chile ha adoptado una estrategia de pagar a los proveedores fundamentalmente en base a acto médico. Si bien en el ámbito público se trata de un sistema de pago “sombra” sin efectos reales sobre el financiamiento real, este sistema de pago que pretende emular precios mediante el establecimiento de tarifas o aranceles por servicio, se muestra incapaz de acotar precisamente las tasas de crecimiento en costos de los prestadores de servicios. *Los problemas de los sistemas de pago por acto médico son suficientemente conocidos: suponen un incentivo al volumen y, la sobre utilización, lleva a la tendencia de obtener una macro ineficiencia con una implícita explosión de costos y la inviabilidad financiera a largo plazo para el sistema de salud.*<sup>4</sup>

### **2.1.- Marco Teórico de los mecanismos de pago y los incentivos de los proveedores**

El marco de la nueva propuesta de asignación de recursos incorpora básicamente dos fases claramente diferenciadas. La primera de ellas es la de asignación territorial de recursos, donde se utilizarán criterios de asignación de recursos, como la capitación ajustada por riesgos, primando el objetivo de equidad y teniendo en cuenta objetivos sanitarios, de manera que los recursos se asignen allí dónde se necesitan. A la vez, en términos de agentes involucrados y sus funciones, el rol preponderante lo tendría el Minsal.

La segunda fase de asignación de recursos consiste en la aplicación de mecanismos de pago, dirigidos a programas y producción de prestaciones de salud, para transferir periódicamente los recursos hacia los proveedores, con el fin de administrar riesgos e incentivos hacia los establecimientos que producen acciones de salud, que se obliguen a

---

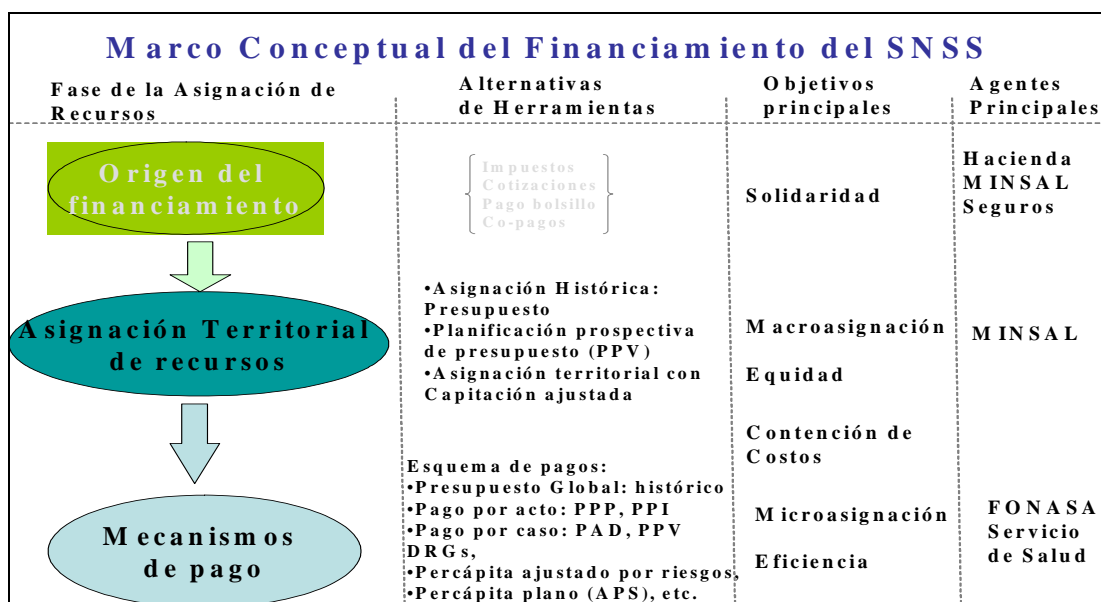
<sup>3</sup> Dr. Pere Ibern, 2002, Informe: Cuestiones clave en la reforma del sistema de salud chileno

<sup>4</sup> Dr. Michael Kuhn, Provider Incentives-Theory, University of York, Inglaterra

suministrar prestaciones con mayor nivel de calidad sanitaria y eficiencia. El objetivo preponderante, a este nivel es el aumento de la eficiencia por medio de compartir riesgos, en el marco del presupuesto asignado en base al mecanismo anteriormente señalado, en el caso chileno el rol fundamental en esta etapa debería corresponder a FONASA y a los Servicios de Salud.

No obstante, hemos diferenciado estas dos fases de asignación, que deben estar íntimamente ligadas a través de la necesidad de que exista equilibrio financiero y presupuestario.

**FIGURA 2.- ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO Y ASIGNACION EN SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD**



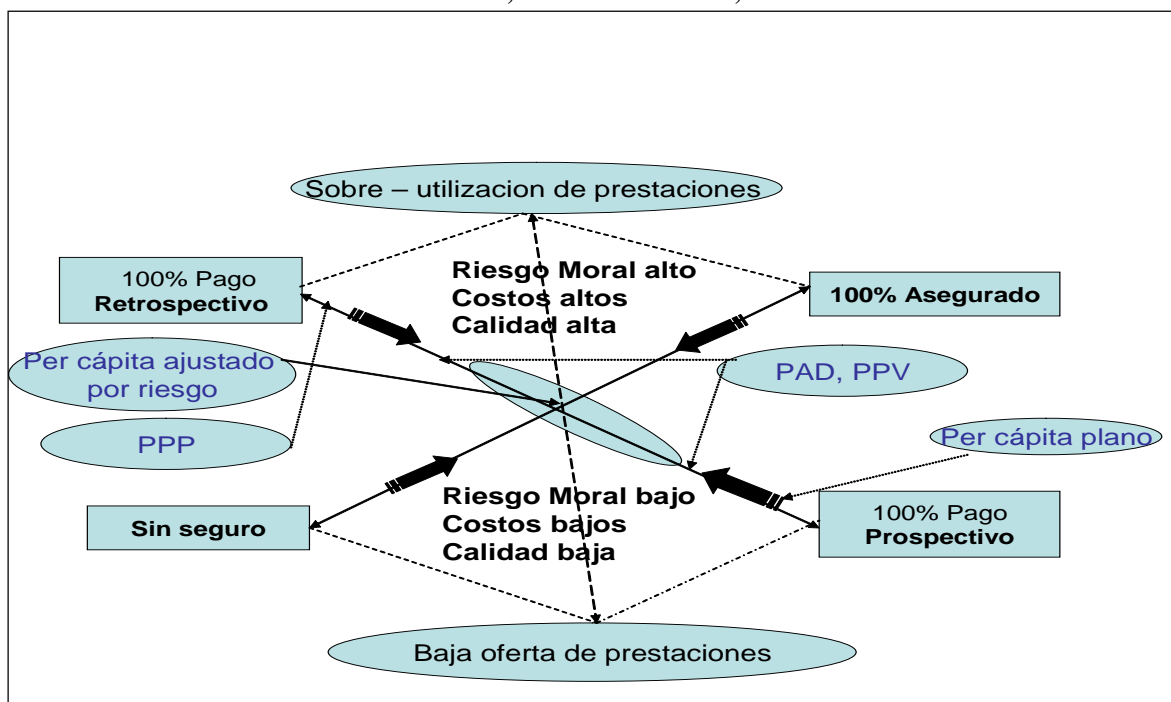
Fuente: Comisión nuevos mecanismos de transferencia para la integración sanitaria y la equidad; (2006)

De esta manera, la macro asignación de los recursos, tendrá un énfasis en la equidad en el acceso a la salud y la regulación sanitaria de los presupuestos, en un contexto de recursos limitados. En cuanto a los mecanismos de pago, más cercanos a la micro asignación, el énfasis estará ubicado en la eficiencia, bajo riesgo moral y alta calidad sanitaria.

El siguiente gráfico ilustra los mecanismos de pago en FONASA y su relación con la utilización, riesgo moral, costos y calidad sanitaria. La clasificación de los mecanismo de pago en prospectivo y retrospectivo y sus características son explicadas mas adelante.

Adicionalmente el grafico señala que el per cápita ajustado por riesgo se encuentra en la zona óptima de un mecanismo de pago que equilibra los costos, la calidad y el riesgo moral.

**FIGURA 3. MECANISMOS DE PAGO; RIESGO MORAL, COSTO Y CALIDAD SANITARIA**



Fuente: Olivares P., Castro R. y Carvajal J.; (2004)

Los mecanismos de pago son los incentivos monetarios o pecuniarios que reciben los prestadores por parte de los seguros para entregar servicios sanitarios a una población definida.

El diseño de los mecanismos de pago toma relevancia para el prestador- motivación y esfuerzo- en su entrega de los estándares de calidad sanitaria que afectan directamente en la calidad de vida de todos los ciudadanos.

Los mecanismos de pago se pueden clasificar en prospectivos, retrospectivos y mixtos.

## 2.2- Mecanismos de pago prospectivo

Los sistemas de pago que usan información pasada para pagar actividades corrientes son llamados sistemas prospectivos. Entre ellos pueden encontrarse, dependiendo de lo anterior, los mecanismos de pago que usan los Grupos Relacionados a Diagnóstico (GRD), la Capitación, el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) y el Pago por Prestaciones Valoradas (PPV) siempre y cuando, además de lo ya señalado, los cupos sean limitados para cada prestador. Este tipo de pagos se caracterizan por compartir el riesgo con el proveedor y su comportamiento individual, en general, no afecta el pago de la aseguradora correspondiente<sup>5</sup>. La principal ventaja de este sistema es la contención de costos que tiene a causa de compartir los riesgos con el prestador.

Por otra parte, la desventaja de este mecanismo de pago, si no se ajustan los riesgos sanitarios, es de entregar una baja intensidad y oferta de prestaciones sanitarias a causa de una baja motivación y esfuerzo por parte del prestador por tener un reembolso

<sup>5</sup> Con excepción: capitación a nivel de N° de beneficiarios, los GRD a nivel de N° de beneficiarios y costo de episodios y los PAD a nivel de N° de beneficiarios

limitado (skimming). Sus efectos pueden ir más lejos seleccionando los pacientes de bajo riesgo (cream-skimming) y deshaciéndose de los pacientes de alto riesgo, derivando estos a otros establecimientos (dumping). En definitiva, se caracterizan estos mecanismos de pago por la tendencia a la micro-ineficiencia<sup>6</sup> y macro-eficiencia.<sup>7</sup>

### 2.3. Mecanismo de pago retrospectivo

Entre los mecanismos de pago retrospectivos se caracterizan por utilizar información del período corriente para pagar la actividad del mismo período. Entre ellos se encuentra el Fee-for-Service, el Pago Por Prestación (PPP), el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), el Pago por Prestaciones Valoradas (PPV) y el GES siempre y cuando, además de lo anterior, los cupos sean ilimitados para cada prestador (open-ended).

Estos se caracterizan porque pueden producir una espiral y explosión de costos y porque el proveedor puede afectar el pago correspondiente (dado el período de información que se usa para los cálculos). En teoría dan mayor estímulo al proveedor para entregar prestaciones sanitarias de alta calidad, en comparación por ejemplo con la capitación plana, siempre y cuando no sea ajustado por los riesgos sanitarios correspondientes de la población asignada. La mayor desventaja de este tipo de mecanismo es el *riesgo moral* por parte de la oferta y demanda, que nos lleva a la macro-ineficiencia con una implícita explosión de costos y a su vez a la micro-eficiencia.

Tomando en cuenta lo anterior, los mejores métodos de pago son los sistemas mixtos, donde existe una parte prospectiva y otra retrospectiva para lograr equilibrar: los costos sustentables y manejables, el riesgo moral de la oferta y demanda y la calidad de la prestación, que en definitiva repercutirá positivamente en la calidad de vida de todos los ciudadanos.

El compartir los riesgos con los prestadores (oferta sanitaria), no es el único método para contener costos, sino también se contienen compartiéndolo con el paciente (co-pagos).

**Riesgo Moral (RM):** Se entiende por RM por parte de la oferta cuando existe una inducción a la demanda a causa del mecanismo de pago 100% retrospectivo y se entiende por RM por parte de la demanda cuando existe sobre-utilización por parte del paciente que está 100% asegurado<sup>8</sup>. En ambos casos la distribución del riesgo recae sobre el seguro.

---

<sup>6</sup> La micro eficiencia se consigue con un ajuste de riesgo, equilibrando los riesgos entre el prestador y el asegurador.

<sup>7</sup> Dr. Michael Kuhn, Provider Incentives-Theory, University of York, Inglaterra

<sup>8</sup> El riesgo moral se caracteriza por un cambio en la probabilidad (aumento) de hacer uso de prestaciones médicas, una vez que el individuo se ha asegurado y se ve enfrentado a un precio menor por cada una de ellas.

## 2.4.- Mecanismos de pago mixto

Los mecanismos de pago mixtos han incursionado y han ganado terreno en diferentes sistemas de salud en el mundo (Inglaterra, Dinamarca, Australia, EEUU) en comparación con los mecanismos de pagos puramente prospectivos o retrospectivos.

En la atención primaria en Dinamarca<sup>9</sup> cambiaron el mecanismo de pago puramente capitolativo a uno mixto que agregaba una componente de fee for service para aumentar la productividad y disminuir las derivaciones a los hospitales.

Otro ejemplo es la atención primaria en Inglaterra<sup>10</sup> donde incorporaron un fee for service para los médicos en la visita domiciliaria nocturna para garantizar la calidad sanitaria considerando que antes se delegaba esta visita a una enfermera o un paramédico.

El mecanismo de pago mixto se caracteriza por tener una componente de pago prospectivo y otro retrospectivo, con el fin de equilibrar: los costos, la eficiencia en el suministro de prestaciones y la calidad de la prestación sanitaria entre el prestador, seguro y el paciente y además incentiva la integración sanitaria y la prevención.

*El acceso de la población a prestadores con altos grados de calidad sanitaria es fundamental para lograr la equidad en un sistema de salud donde todo ciudadano tiene el derecho de alcanzar su máxima capacidad de salud a lo largo de su vida.<sup>11</sup>*

Para lograr este objetivo, es crucial analizar los incentivos hacia los prestadores a través de los mecanismos de pago y entender el comportamiento productivo de los prestadores, cuando están en juego sus costos y beneficios marginales.

A continuación veremos un gráfico de la Universidad Pompeu Fabra que analiza las razones para diseñar a futuro mecanismos de pago capitado ajustado por riesgo. El eje horizontal señala diferentes mecanismos de pago para prestadores público/privado y el eje vertical el grado de riesgo financiero de los seguros y prestadores.

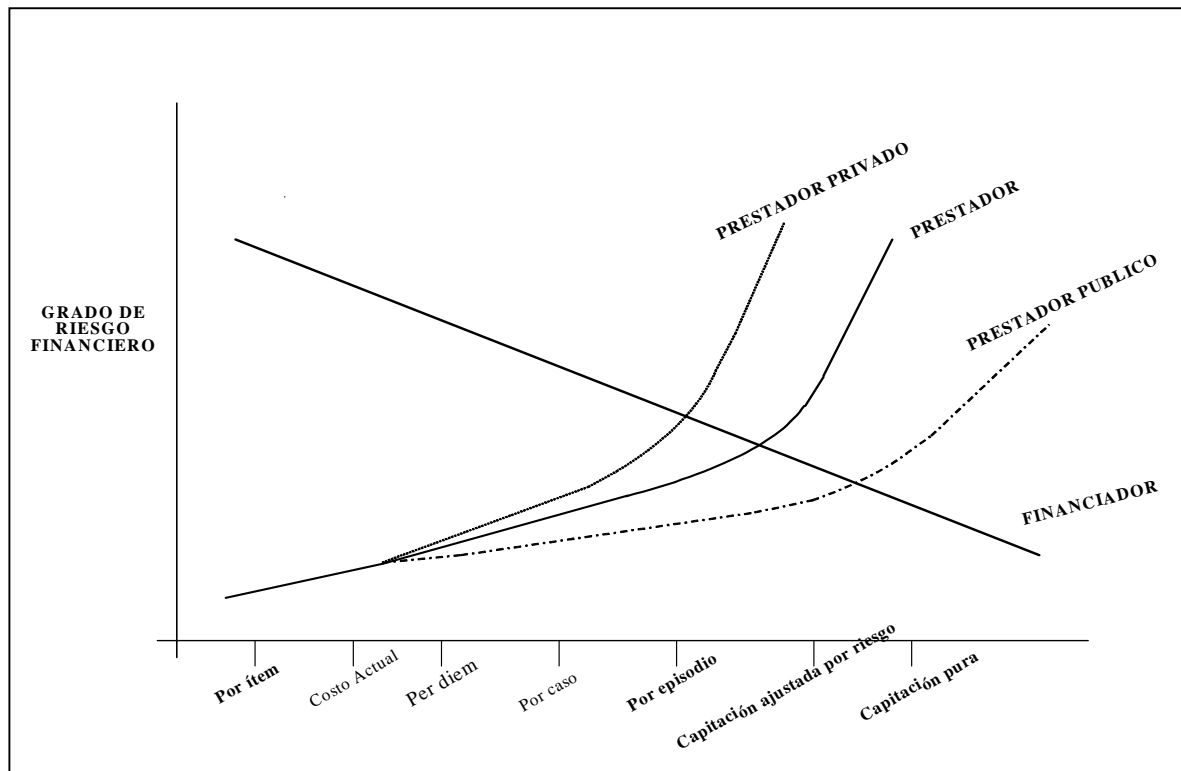
---

<sup>9</sup> Krasnick, et.al “Changing remuneration systems: effects on activity in general practice”, BMJ, 1990

<sup>10</sup> Giuffrida and Gravelle (2001) Journal of Health Economics 20:755-779

<sup>11</sup> Erazo, A., R.Castro y J. Hanzich (2005), “Beyond access: confronting the quality challenge in Chile”

**FIGURA 4. MECANISMOS DE PAGO, RIESGO FINANCIERO Y PRESTADORES PUBLICO/PRIVADOS**



Fuente: CRES - Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España

Las curvas ascendentes de los riesgos financieros de los prestadores son inversas a la curva de riesgo financiero del seguro. El gráfico señala que el punto de equilibrio del riesgo financiero entre el prestador público y el seguro es la capitación ajustada por riesgo sanitario.

Cabe mencionar que la capitación ajustada por riesgo se puede aplicar a nivel macro (asignación territorial) y micro (mecanismo de pago prospectivo).

### 3. Capitación Ajustada por Riesgo

#### 3.1.- Justificación de la utilización de sistemas de ajuste de riesgo

##### Equidad en la asignación descentralizada de recursos

El concepto aparentemente más sencillo al referirse a equidad es la igualdad de resultados sanitarios entre poblaciones semejantes. Sin embargo, la prestación de los sistemas sanitarios públicos no es el único factor que incide sobre la salud de una población. Otro criterio es el de la igualdad en la utilización de los servicios sanitarios. Sin embargo, la utilización se ve condicionada por otros factores que también se escapan a la actuación de los sistemas sanitarios (no se puede obligar a recibir atención sanitaria).

Por último, la visión más generalmente aceptada de equidad como objetivo de los sistemas sanitarios es la de proporcionar igualdad de oportunidad de acceso a los servicios sanitarios para una misma necesidad.

El método a través del cual este concepto de equidad se hace operativo a través del financiamiento, es la asignación de recursos idénticos ante necesidades sanitarias iguales o, en otros términos, que la asignación de los recursos entre diferentes poblaciones dependa de sus necesidades sanitarias.

(Ortún V. et. al. 2000)

### **Asignación capitativa ajustadas por riesgo**

Un mecanismo a través del cual se intenta dar contenido operativo a este criterio de equidad (asignar los recursos sobre la base de las necesidades sanitarias) es el de las asignaciones capitativas ajustadas por riesgo. Una capitación se puede definir como la cantidad de financiamiento de servicios sanitarios que son asignados para la atención sanitaria de una persona con ciertas características para un determinado periodo de tiempo y un servicio en cuestión, sujeto a una restricción presupuestaria global. Por lo tanto, mediante la ponderación de la población o las asignaciones capitativas lo que se hace es calcular un precio a cada ciudadano dependiendo de sus necesidades sanitarias. Y la manera de obtener este precio es mediante el ajuste de riesgo que busca una estimación in sesgada de los costos sanitarios relativos de una persona dadas sus características.

Estas características serán las que tengan mayor influencia sobre las variaciones en el gasto sanitario, tales como la edad, el sexo u otras características socioeconómicas. El método de ajuste capitativo por riesgo, al reducir la variabilidad entre el gasto esperado de un individuo y el financiamiento que reciben los SNSS reduce los incentivos de realizar actividades de selección de riesgos y mejora la calidad sanitaria.

Los sistemas capitativos ajustados por riesgo tratan de reflejar las necesidades relativas de gasto sanitario de una población integrada por individuos heterogéneos. *En la medida en que estas asignaciones capitativas reflejen adecuadamente las necesidades sanitarias, la asignación de recursos resultante representará una asignación equitativa desde el punto de vista de la igualdad de oportunidad de acceso a los servicios para una misma necesidad.*

Ahora bien, el empleo de fórmulas capitativas con carácter prospectivo también puede inducir a mejorar la eficiencia en la prestación de la atención sanitaria dado que este sistema de asignación puede hacer más responsable a los proveedores de los beneficios y costos de sus acciones. Sin embargo, los mecanismos de mercado carácter prospectivo también pueden introducir incentivos a la reducción de la calidad de los servicios prestados si no existe algún tipo de regulación o de control de estas variables.

A continuación analizaremos una simulación real de ajuste de riesgo poblacional y concluiremos que presentan bajos niveles de explicación de utilización de servicios sanitarios y solo se consigue mayores niveles de explicación analizando y considerando en la fórmula de ajuste de riesgo la casuística de los diferentes hospitales, el consumo farmacéutico y los determinantes sociales en salud.

### 3.2.- Simulación del ajuste de riesgo poblacional (sexo y edad)

Existen diversos modelos de ajuste de riesgo, nosotros distinguiremos tres tipos: demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos o utilización de indicadores del estado de salud o diagnósticos (Vargas and Wasem 2002).

**Modelos Demográficos.** Son modelos que usan sexo y edad como variables explicativas. Tienen la ventaja que éstas no pueden ser alteradas por el comportamiento de los agentes y la información es fácil de obtener. La desventaja que tienen es que, a nivel individual el poder predictivo de estos modelos varía entre 1%-3% (Van de Ven and Ellis 2000).

**Modelos Socioeconómicos.** Diversas variables se han utilizado como indicador del nivel socioeconómico. Se ha demostrado que la mortalidad y la morbilidad es más alta en los estratos más bajos, por ello se usan estos indicadores para entregar primas subsidiadas a estos individuos.

Entre los indicadores de nivel socioeconómico se cuenta escolaridad, desempleo, indigencia, calidad y propiedad de la vivienda, clase social, ingreso y estructura de la familia. Por otro lado, la evidencia no es concluyente respecto a la utilización de servicios de salud y el gasto per- cápita en salud de los grupos más desposeídos, por lo tanto, las variables socioeconómicas tienen relevancia sólo si se aplica un enfoque normativo al ajuste de riesgo.

Los modelos socioeconómicos también utilizan ubicación geográfica o ruralidad como variable explicativa. La ubicación geográfica puede influenciar el gasto en salud por variaciones en la oferta de servicios, por diferencias en las prácticas médicas locales, y por diferencias en la estructura de precios de los insumos. Por ejemplo, en áreas rurales las distancias entre el proveedor y los pacientes pueden aumentar el costo del transporte.

Aun cuando algunas diferencias son legítimas de compensar, como diferencias en la estructura de los precios, otras, como diferencias en las prácticas locales no son consideradas justificables.

**Modelos Basados en Diagnósticos.** Existen distintos modelos para operacionalizar el estado de salud. En la discusión internacional, destacan en particular los modelos que utilizan diagnósticos. El punto de partida para un modelo de ajuste de riesgo basado en diagnósticos, es la idea, que ciertos diagnósticos predicen bastante bien los gastos en salud. Los sistemas de clasificación más conocidos son el Ambulatory Care Group (ACG), desarrollado en la Universidad Johns Hopkins (Weiner 1998) y la familia de modelos de los Diagnostic Cost Groups (DxCG), desarrollados en la Universidad de Boston y Health Economic Research (Ash et al. 2000).

La experiencia internacional muestra que el ajuste de riesgo usando variables demográficas es insuficiente para predecir los gastos en salud. Por este motivo se han diseñado modelos que incluyen diagnósticos de salud, que aumentan enormemente la capacidad predictiva de la varianza de los gastos, no obstante ellos requieren de la instalación de sistemas de información bastante desarrollados. La desventaja de los modelos basados en diagnósticos son las actividades sanitarias inducidas por la propia

oferta sanitaria, por lo cual pueden predecir necesidades sanitarias no reales, de un prestador particular, manipulando los códigos de diagnósticos para mostrar una complejidad mayor no existente.

A continuación realizaremos una simulación del ajuste de riesgo poblacional aplicado a la realidad chilena. El área de interés en esta simulación es el traspaso de recursos financieros desde el Fondo Nacional de Salud a los Servicios de Sistema Nacional de Servicios de Salud según el riesgo poblacional caracterizado por la edad y el sexo.

La existencia de un sistema dual (Fonasa-Isapres), los movimientos migratorios internos entre lo rural y lo urbano, el crecimiento poblacional y las modificaciones del perfil demográfico han tenido impacto en el volumen y composición de la población beneficiaria del sistema de Servicios de Salud, lo que no necesariamente ha afectado los criterios de asignación de recursos. Por ejemplo el Servicio de Salud Sur-Oriente ha crecido en tal envergadura que su población beneficiaria constituye hoy en día el Servicio más grande del país. Otro ejemplo es el Servicio de Salud Oriente que constituye una de las poblaciones beneficiarias con mayor cantidad de adultos mayores.

La metodología se basa en tomar el Presupuesto de Prestaciones Institucionales (PPI) del presupuesto de apertura de cada Servicio y aplicar un criterio de distribución por población ajustada. Los tramos de edad de cada servicio de salud son ajustadas a la tabla donde se explicitan los riesgos de los diferentes tramos por sexo y edad.

La tabla es derivada de los costos totales divididos por la población beneficiaria. El resultado son costos per-capita por sexo y edad del RGS, que incluye 40 problemas con garantías de hospitalización de acuerdo a la definición AUGE y 42 de acuerdo a los grupos identificados en la base de egresos 2001.<sup>12</sup>

Los costos per-capita de cada una de las celdas de sexo y edad, han sido estandarizadas, tomando como referencia el per-capita promedio.

---

<sup>12</sup> V.Vargas; M. Matus;I.Delgado;C.Cid;JM.Sanchez; B.Heyermann; J.Angulo. “Marco Conceptual y Simulación del Fondo de Compensación Solidario (FCS)

**Tabla 2 AUGE Garantía: Factor de Riesgo por Sexo y Edad  
(Costo promedio per-capita = 1)**

<b>Grupos de edad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
0 – 4	1.222	1.073
5 – 9	0.513	0.410
10 – 14	0.584	0.437
15 – 19	0.453	1.057
20 – 24	0.512	1.426
25 – 29	0.536	1.445
30 – 34	0.532	1.371
35 – 39	0.520	1.055
40 – 44	0.653	0.781
45 – 49	0.756	0.663
50 – 54	0.925	0.769
55 – 59	1.197	0.963
60 – 64	1.588	1.079
65 – 69	2.686	1.722
70 – 74	3.475	2.439
75 – 79	3.951	2.844
80+	5.370	4.614

Fuente: Comisión Reforma: Marco conceptual y simulación del FCS; (2003)

Se puede observar que los distintos Servicios, tendrán distintos resultados, en el caso de aplicar una asignación per capita, tema que resulta inviable si tomamos el presupuesto operacional. Esta es la razón por la cual se considera solo el PPI duodécima (PPI apertura), dejando de lado el PPI por bonos, pago de deuda y otras asignaciones presupuestarias discrecionales.

Según la composición de la población beneficiaria, en diferentes tramos de edad, de cada servicio de salud, se multiplica por la tabla de riesgo y se obtiene una nueva población por cada servicio de salud que a su vez es multiplicado por el per capita de M\$ 26<sup>13</sup>. Los servicios de salud con mayores necesidades sanitarias expresados por el riesgo en cada tramo de edad saldrán favorecidos con un mayor presupuesto que el inicial y otros servicios tendrán al final un presupuesto disminuido por tener a cargo poblaciones con menores necesidades sanitarias según la tabla de riesgo calculado por la comisión de reforma.

<sup>13</sup> Resultado de monto PPI apertura a nivel país / población beneficiaria

**Tabla 3 Transferencias 2004**  
**PPI apertura ajustada por población en M\$**

<b>Transferencias 2004</b>	<b>PPI apertura</b>	<b>PPI per cápita</b>	<b>Brecha por ajuste</b>
		26	
Arauco	4.855.730	3.279.808	
Arica	3.636.325	3.188.318	
Iquique	4.423.774	3.858.102	
Araucanía Norte	6.062.405	4.150.562	
Magallanes	6.574.358	2.823.400	
Atacama	5.581.994	4.822.322	
Aysén	6.285.787	1.698.114	
Osorno	5.543.134	5.050.747	
Aconcagua	4.535.067	4.754.175	-219.108
Talcahuano	6.882.605	6.898.460	-15.855
BIO-BIO	7.697.947	8.088.211	-390.264
Antofagasta	8.501.227	7.380.855	
Valdivia	9.336.934	7.693.581	
Ñuble	9.191.618	9.270.591	-78.973
Llanquihue	10.104.139	9.162.218	
O'Higgins	11.542.568	15.862.778	-4.320.210
Coquimbo	11.129.879	12.280.443	-1.150.564
Valparaíso	12.894.490	9.226.597	
Sur Oriente	18.859.318	21.849.157	-2.989.839
Araucanía Sur	14.031.321	14.412.694	-381.373
Concepción	15.822.708	11.257.159	
Viña del Mar	14.004.124	17.559.611	-3.555.487
Maule	14.794.376	19.667.259	-4.872.883
Norte	14.100.053	12.735.900	
Central	10.984.403	14.360.519	-3.376.116
Occidente	18.562.310	21.595.468	-3.033.158
Sur	19.975.622	21.513.498	-1.537.876
Oriente	17.137.720	15.118.787	
<b>Consolidado</b>	<b>305.752.488</b>	<b>289.505.332</b>	<b>-25.921.706</b>

Fuente: Díaz E., Carvajal J. (2005)

Se ajusta en primera instancia por un per capita de \$ 26.000.-, que es el actual per capita del PPI de apertura. Para que no exista un cambio drástico en los presupuestos locales se propone solo compensar a los servicios que reciben un aporte menor a la media poblacional nacional, sin rebajar el presupuesto al resto de los servicios que están sobre la media poblacional nacional.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Edgardo Díaz, Alfredo Román, Jaime Carvajal y Rodrigo Castro A. (2005) Grupo de trabajo: "Mecanismo de Asignación de recursos para el sector público."

**Tabla 4 Servicios de Salud, per capita ajustado por necesidades sanitarias según sexo y edad en M\$**

<b>Transferencias 2004</b>	<b>PPI apertura</b>	<b>PPI per cápita</b>	<b>Brecha por ajuste</b>
		<b>26</b>	
Aconcagua	4.535.067	4.754.175	-219.108
Talcahuano	6.882.605	6.898.460	-15.855
BIO-BIO	7.697.947	8.088.211	-390.264
Ñuble	9.191.618	9.270.591	-78.973
O`Higgins	11.542.568	15.862.778	-4.320.210
Coquimbo	11.129.879	12.280.443	-1.150.564
Sur Oriente	18.859.318	21.849.157	-2.989.839
Araucanía Sur	14.031.321	14.412.694	-381.373
Viña del Mar	14.004.124	17.559.611	-3.555.487
Maule	14.794.376	19.667.259	-4.872.883
Central	10.984.403	14.360.519	-3376116
Occidente	18.562.310	21.595.468	-3.033.158
Sur	19.975.622	21.513.498	-1.537.876
<b>Total</b>			<b>-25.921.706</b>

Fuente: Díaz E., Carvajal J. (2005)

Si la decisión política es nivelar para arriba entonces el costo del ajuste para el sistema nacional es de \$ 25.921.706 de pesos, se observa que 13 Servicios de Salud serían beneficiados con el ajuste poblacional. El gran problema del ajuste poblacional lo señalan estudios empíricos que muestran que las variables mas usadas como proxis de morbilidad presentan en general bajos niveles de explicación de utilización de servicios sanitarios, en definitiva explican solo alrededor del 1%-3% ( $R^2 = 0.01-0.03$ )<sup>15</sup>. Por otra parte, para el caso chileno, C. Cid, 2006, en un modelo concurrente de gastos hospitalarios y simulando un modelo de compensación de riesgo entre seguros privados y Fonasa, obtuvo con las variables sexo y edad un  $R^2 = 0.02$ , mientras que incorporando las 184 categorías diagnósticas de los DxCG obtuvo un  $R^2 = 0.36$  en el ajuste.

Para seguir avanzando a un ajuste de riesgo más sofisticado y buscando con mayor precisión mayores niveles de explicación de utilización de servicios sanitarios ex ante, debemos incluir otras dimensiones de costos y complejidad (case-mix) de los hospitales y consumo farmacéutico a nivel individual para mejorar las predicciones de gasto de los Servicios de Salud.

### **3.3.- Encaminando el ajuste por riesgo con mayores niveles de explicación de utilización de servicios sanitarios por morbilidad.**

Existen dos niveles de asignación de recursos, la primera es a nivel de prestaciones sanitarias (micro asignación) y la segunda es a nivel de población (macro asignación). La primera debe existir para garantizar productividad, calidad y eficiencia en servicios sanitarios. Por sobre la asignación a proveedores está la asignación a poblaciones. Esto es posible mediante sistemas capitativos ajustados por riesgo. Lo segundo no es posible

<sup>15</sup> M. García Goñi, Ajuste de riesgo en los mercados sanitarios (2005).

si no está equilibrado lo primero. Hay que tener incentivos correctos debajo, y luego establecer techos regionales de gasto capitativo creíble.

Para ello se necesitan, aparte de tener bien censada la población, datos de consumo individual de atención hospitalaria y ambulatoria codificada en ICD<sup>16</sup> 9 o 10 y consumo farmacéutico a nivel individual codificados en ATC<sup>17</sup>, usando el software de los DRG para medir la casuística de los hospitales y el software DxCG versión farmacia para predecir los costos. A través de esa metodología se puede realizar un ajuste de riesgo que da variaciones explicadas cercanas al 30%.

Estudios empíricos<sup>18</sup> señalan que variables más usadas como proxis de morbilidad presentan, en general bajos niveles de explicación de utilización de servicios sanitarios con excepción de la última metodología antes descrita que explica alrededor de un 30%:

- ◆ Edad + sexo,  $R^2$  alrededor de un 1-3%;
- ◆ Edad + sexo + egresos hospitalarios,  $R^2$  alrededor de un 12%;
- ◆ Edad + sexo + egresos hospitalarios + gasto en farmacia,  $R^2$  alrededor de un 30%.

Es importante considerar que dada la distribución geográfica de Chile y la consecuente dispersión de establecimientos y Servicios de Salud, será necesario evaluar la necesidad de diseñar excepciones a este criterio general de asignación de recursos, por ejemplo, para establecimientos de zonas apartadas y con muy pocos habitantes a cargo, que requieren la mantención de importantes niveles de capacidad instalada, por razones de equidad en el acceso, otra excepción a este criterio son los hospitales de referencia a nivel nacional.

Como hemos mencionado anteriormente existe la necesidad de definir asignación de recursos en dos niveles. El primer nivel corresponde a la macro asignación hacia las regiones. Esta asignación estará centrada en un pago capitado relacionado con el volumen de población a cargo en regiones y sus costos calculados en relación a las necesidades sanitarias usando el software DxCG y busca mejorar la equidad en la asignación del presupuesto público a nivel territorial.

En el segundo nivel se deberá profundizar el pago por producción, los hospitales públicos deben hacer explícita su estructura de costos, identificando aquellos costos que son fijos o no directamente relacionados con la producción y aquellos que son variables dependiendo del case mix de cada hospital y es a su vez capturado por el software de los DRG que recoge el diagnóstico principal, secundario y procedimientos para clasificarlo en 600 diferentes categorías de complejidades de prestaciones sanitarias. Nunca será posible vincular todo recurso directamente con la producción. Siempre será necesario rembolsar un monto global a los hospitales para que cubran sus gastos fijos o sus costos rígidos. Sin embargo, esos costos debieran representar una menor parte del gasto que la actual proporción financiada por PPI.

Es trascendente mencionar en esta parte, que aun falta una discusión más a fondo de cual es el mecanismo de pago mixto óptimo a nivel micro. Por un lado cabe preguntarse si un

---

<sup>16</sup> Codificación Internacional de Diagnósticos

<sup>17</sup> Codificación internacional de fármacos

<sup>18</sup> Van de Ven WP, Ellis RP. 2000.

mecanismo de pago por caso (PPV, GES) a futuro llevaría a la macro ineficiencia, con una implícita espiral de costos e inviabilidad presupuestaria para el sistema de salud. Si por otro lado se decidiera cambiar el mecanismo de pago por caso por un mecanismo de pago capitado ajustado por riesgo a nivel micro, el cual llevaría a la macro eficiencia pero lo más probable a la micro ineficiencia, si no se ajusta apropiadamente, descuidando la calidad sanitaria elemento central para lograr la equidad en resultados sanitarios homogéneos a nivel territorial.

Una posibilidad es diseñar un mecanismo de pago mixto con una componente prospectiva como la capitación para las prestaciones No AUGE y crear sistemas de información para cautelar y monitorear la calidad sanitaria. El otro componente sería un mecanismo de pago retrospectivo para las prestaciones AUGE y con ese mecanismo seguir profundizando las PPV-GES.

En nuestra opinión, con una tendencia del gobierno actual de aumentar las prestaciones GES, se puede crear un mecanismo de pago mixto, con un componente para todas las prestaciones AUGE y NO AUGE para no discriminar a ninguna prestación sanitaria. El pago estaría relacionado al case mix de cada hospital, utilizando los DRG como instrumento para capturar el diagnóstico principal, secundario y los procedimientos utilizados para ser objetivo al momento de analizar las complejidades y utilización sanitaria de cada hospital. La otra componente sería financiar la capacidad instalada y necesaria en cada hospital para funcionar con los equipamientos y tecnología médica necesaria para resguardar una calidad sanitaria óptima para todo el sistema de salud.

Para poder asignar recursos a nivel micro es importante avanzar en la información de los costos y nivel de complejidad asociada a cada prestador hospitalario, y una forma recomendada para ello es a través del desarrollo de Índices de Casuística y/o Case Mix que consideran peso específico de diferentes áreas clínicas dentro del costo promedio estimado, tanto al interior del mismo, como en comparación con otros establecimientos del ámbito territorial comparables para incentivar la eficiencia a través de la “Yardstick Competition” (competencia por comparación respecto de un hospital sombra promedio). Se estima que el modelo de compra debiera contemplar el reconocimiento de la capacidad instalada del proveedor más un índice que mida la casuística (índice de case mix estandarizado) por el costo medio del establecimiento, u otra forma que obtenga los resultados mencionados de eficiencia, calidad y contención de costos.

Si queremos realmente avanzar en un ajuste de riesgo con mayores niveles de explicación de utilización de servicios sanitarios por morbilidad, entonces es necesario implementar un sistema de clasificación de pacientes para medir la complejidad de la casuística y financiar separadamente la capacidad instalada de cada hospital. Una vez computado el mecanismo de pago hospitalario, se calcula la capitación ajustada por riesgo para la asignación territorial/regional donde se incluyen determinantes sociales en salud, el consumo farmacéutico a nivel individual y se crea un techo capiativo creíble para las regiones.

La necesidad de integrar los diferentes niveles asistenciales, como red coordinadora de servicios, que proporcionan la continuidad asistencial a una población determinada, sobre cuya salud se tiene responsabilidad y cuyos consumos sanitarios implican un riesgo financiero entonces concluimos que la capitación territorial a nivel macro, constituye uno de los mecanismos regulatorios más potentes para fomentar la

integración de proveedores sanitarios en comparación de los mecanismos de pago por acto que existen en nuestro sistema de salud.(Ortún V, et.al. 2000)

La integración entre niveles asistenciales puede mitigar la actual falta de continuidad entre la atención primaria y la secundaria y terciaria, pero, en última instancia, el que cada problema sea tratado en el lugar mas adecuado- el más resolutivo- y que no se retengan casos, ni se deriven innecesariamente, constituye un problema clínico. No habrá buena medicina sin continuidad y eficiencia en la atención sanitaria, sin objetivos comunes, sin conocimiento mutuo entre los niveles asistenciales y sin el establecimiento conjunto de pautas de actuación. El uso de una fórmula de ajuste de riesgo a nivel individual y no a nivel agregado permitirá realizar asignaciones menos arbitrarias y por ende más justas, basada en las reales necesidades sanitarias de la población beneficiaria. (Ortún V, et.al. 2000)

El mejoramiento continuo de los incentivos a los prestadores sanitarios a través de los mecanismos de pago es fundamental para mejorar la calidad sanitaria que reciben los ciudadanos. El interés de entregar resultados sanitarios de alta calidad a nivel territorial es lo fundamental para alcanzar la equidad en el sistema de salud, considerando que el acceso es solo un instrumento para obtener la equidad.

Si los prestadores sanitarios perciben que el pago que reciben por parte de FONASA es inferior a los riesgos sanitarios a que están expuestos en su establecimiento, por parte de los beneficiarios, lo más probable es que la calidad sanitaria sufra y por ende se altere la calidad de vida de los ciudadanos. El desafío que tenemos en este tema como sector, reúne varios objetivos a la vez, los que difícilmente se pueden obtener óptimamente sin un necesario trade-off para equilibrar los intereses múltiples de los diferentes actores en pos de lograr la micro y macro eficiencia. La contención de costos y altos estándares de calidad sanitaria son objetivos difíciles de conseguir si no logramos compensar los riesgos sanitarios, excluyendo la demanda que es inducida por parte de la oferta, y la integración de los diferentes niveles asistenciales a través de la capitación ajustada a nivel regional, para la contención de costos y mecanismo de pagos que estén diseñados en busca de obtener los más altos estándares de calidad sanitaria.

A futuro es imprescindible implementar sistemas de información para poder monitorear las prácticas y variabilidad médica a través de las guías clínicas que minimicen las variaciones de prácticas clínicas no explicadas, variaciones de prácticas clínicas no gestionadas y los errores médicos. El acceso de la población a prestadores con altos grados de calidad sanitaria es fundamental para lograr la equidad en un sistema de salud donde todo ciudadano tiene el derecho de alcanzar su máxima capacidad de salud a lo largo de su vida. Para lograr ese objetivo tan difícil de conseguir, es indispensable que la Subsecretaria de Redes Asistenciales y el FONASA unan sus fuerzas a favor de un anhelo tan trascendental para los ciudadanos.

#### 4.- Conclusión y Futuros desarrollos

De fácil conclusión es que la tendencia es a encaminar los estudios sobre el tema a la mejora de los incentivos que los diversos mecanismos de financiación incorporan, en particular el pago capitativo en la atención sanitaria. De esta forma, la experiencia nacional e internacional recomienda métodos capitativos que sólo incorporen factores de ajuste de riesgo no manipulables por los gestores y profesionales médicos, pero que si los hagan cambiar conductas de atención sanitaria, son más deseados que aquellos que tienden a mantener presupuestos históricos, sin consideraciones de calidad sanitaria, equidad y eficiencia.

En el presente trabajo se expusieron los conceptos fundamentales del marco conceptual de ajuste de riesgo, la experiencia internacional y la aplicación metodológica utilizada para su simulación. Este estudio ha sido uno de varios intentos en estimar el riesgo relativo del sistema público de aseguramiento y provisión de salud con la información y tecnologías existentes. No obstante, esta metodología presenta aspectos que deben ser mejorados, entre estos los más importantes son aquellos referidos a los sistemas de información y de costeo existentes. Por otra parte, se usan como ajustadores sólo las variables sexo y edad pese a estar concientes que ellas son insuficientes y que se debe avanzar hacia la utilización de otros ajustadores relevantes.

El presente documento realiza una simulación con variables de edad y sexo para el ajuste de riesgo, y concluimos que el bajo nivel de explicación del 1%-3% de este tipo de modelos, es mejorable incorporando el case-mix de los egresos hospitalarios (diagnostico principal, secundario y procedimientos) y el gasto en farmacia individual. A futuro es indispensable avanzar en este sentido si queremos alcanzar estándares de ajuste de riesgo utilizados en países desarrollados, donde utilizan softwares tales como **Diagnosis Related Group All patients** para la micro asignación y **Diagnosis Cost Group** versión farmacia para la macro asignación.

De esta forma, se ajusta en primera instancia por un **per capita de \$ 26.000.-**, que es el per capita del PPI de apertura de 2004. Para que no exista un cambio drástico en los presupuestos locales se propone solo compensar a los servicios que reciben un aporte menor a la media poblacional nacional, sin rebajar el presupuesto al resto de los servicios que están sobre la media poblacional nacional. Si la decisión política es nivelar para arriba entonces el costo del ajuste para el sistema nacional es de **M\$ 25.921.706.-**, se observa que 13 servicios de salud serían beneficiados con el ajuste poblacional. Como futuros desarrollos a abordar o profundizar, debemos dejar claro que la mejora en el acervo de información es relevante para poder emplear técnicas más sofisticadas de estimación y predicción del gasto sanitario y sus brechas. Aún considerando las mejores sistemas de información y técnicas para el ajuste de riesgo, siempre está presente el riesgo de incluir necesidades sanitarias a la formula de ajuste de riesgo que hayan sido inducidas por la propia oferta sanitaria.

Por último mencionar que paralelamente a la implementación de la capitación territorial es de suma importancia que se crean nuevos indicadores y sistemas de gestión para procurar que los presupuestos sean ejecutados de una forma eficiente entre los diferentes niveles asistenciales y con un nuevo compromiso por parte del personal sanitario para entregar las mejores prestaciones sanitarias costo efectivas a la población beneficiaria.

## 5.- BIBLIOGRAFÍA

- ◆ Cid C., París E., Rojas, M., Heyermann B; (2003) “Macro asignación de recursos y equidad: Primera experiencia de capitación ajustada en Chile”, Documento de trabajo, MINSAL.
- ◆ Cid C., Riesco X., (2005) “Evaluación de Servicios de Salud usando diagnósticos a través de los DxCG “, Documento de trabajo, MINSAL.
- ◆ Cid C., Wasem J., Draft (2006) “Diagnoses-Based Risk-Adjusted Capitation Payments for Improving Solidarity and Efficiency in the Chilean Health Care System: Evaluation and Comparison with a Demographic Model”. *Department of Economics, Institute for Health Care Management, University of Duisburg-Essen, Germany*
- ◆ Cifuentes, 2004, en MINSAL-Bitrán, (2004); Ver División de Planificación y Presupuesto del MINSAL,.
- ◆ Carvajal J; Castro R.; Roman A.; Diaz E., (2005) “Grupo de trabajo: Mecanismos de asignación de recursos para el sector público”, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Minsal.
- ◆ Castro R. (2004) “Provider Incentives from theory to practice”, University of York, Inglaterra
- ◆ Erazo A., Castro R. y Hanzich J. (2005), “Beyond access: confronting the quality challenge in Chile” Documento de trabajo, Subdepartamento de Estudio, Fonasa.
- ◆ Giuffrida and Gravelle (2001); *Journal of Health Economics* 20:755-779
- ◆ García Goñi M., Ajuste de riesgo en los mercados sanitarios, capítulo 7 del Libro: Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance, Pere Ibern (2005)
- ◆ Ibern P. (2002); Informe: Cuestiones clave en la reforma del sistema de salud chileno
- ◆ Krasnick; (1990) et.al. “Changing remuneration systems: effects on activity in general practice”, *BMJ*,
- ◆ Kuhn M. (2003); *Provider Incentives-Theory*, University of York, Inglaterra
- ◆ Ortun V. y Lopez i Casasnovas G. (2000) Financiación Capitulativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de organizaciones sanitarias. CRES-UPF.
- ◆ Smith P. (2005) Public sector resource allocation and efficiency: new challenges for risk-adjusted capitation, Seminario Internacional Fonasa, Santiago de Chile
- ◆ Van de Ven WP, Ellis RP. 2000. Risk adjustment in competitive health plan markets. In: Culyer AJ (ed). *Handbook of Health Economics*. Elsevier Science B.V, 755-845.
- ◆ Vargas V.; Matus M.; Delgado I.; Cid C; Sanchez JM.; Heyermann B; Angulo J. “Marco Conceptual y Simulación del Fondo de Compensación Solidario (FCS)

### **III El rol de la función de Intermediación de Compra para asegurar las Garantías AUGE**

Autores:

Cecilia Jarpa Zúñiga Jefe Departamento de Comercialización FONASA  
Soledad Mena Noriega Jefe Subdepartamento de Intermediación FONASA

La Ley N° 19.966 ha reforzado el rol de asegurador de FONASA como seguro público de salud, puesto que ha estipulado que el Fondo Nacional es responsable del cumplimiento efectivo de las Garantías Explícitas en Salud ante sus beneficiarios, ante la Superintendencia de Salud y, en última instancia ante los Tribunales de Justicia.

Para cumplir con esta obligación FONASA deberá planificar adecuadamente la compra, de manera tal de asegurar el cumplimiento de las garantías explicitadas en el Régimen General de Garantías. Para ello es indispensable identificar por una parte las necesidades de sus beneficiarios en cada uno de los problemas de salud incorporados en el GES (demanda), y por otra parte identificar y organizar claramente la oferta pública y privada disponible a nivel nacional y regional, por prestaciones ofertadas, precios o tarifas, nivel de producción y estándares de calidad.

#### **A. Determinación de la demanda AUGE**

La estimación de la demanda por prestaciones de salud incorporadas en el GES se hace sobre la base de:

- Tasas de incidencia y prevalencia, según proyecciones realizadas por las Unidades Programáticas del MINSAL
- Encuestas realizadas a los Servicios de Salud
- Información de listas de espera proporcionadas por los Servicios de Salud y por FONASA
- Información que resulta de las negociaciones de compra en años anteriores entre FONASA y Servicios de Salud y de la coordinación permanente entre ambas instancias.

En forma más detallada, el proceso de estimación de la demanda es el siguiente:

- a) A través de la Secretaría Técnica del AUGE se elabora una encuesta para levantar información que ayudará a establecer los requerimientos de atención de las prioridades propuestas para el año siguiente en el GES. Esta encuesta es aplicada en los Servicios de Salud
- b) Las encuestas son recibidas y consolidadas a nivel nacional, validando los datos a través de comparación con las bases de datos DEIS, con la información disponible en FONASA, con tasas de incidencia y prevalencia disponibles y criterio de expertos.
- c) Dicha información es posteriormente revisada a la luz de la actividad realizada el año anterior, obtenida de los REM en los casos que correspondía, determinándose así la actividad de continuidad.

- d) Los aumentos de actividad para el año se determinaron sobre la base de antecedentes entregados por los Programas de la Subsecretaría de Salud, y de la información recogida por las Direcciones Regionales de FONASA en el proceso de negociación de los Compromisos de Gestión con los Servicios de Salud.
- e) Adicionalmente, FONASA dispone de información sobre algunas listas de espera, especialmente de intervenciones quirúrgicas, que se incorporan al análisis.
- f) Lo anterior se complementa además con toda la información recogida por las Direcciones Regionales de FONASA, en los procesos de negociación y monitoreo de la actividad de los Programas de Prestaciones Valoradas.
- g) Todo lo anterior, más la actividad del programa de prestaciones institucionales registrada en REM, constituyen la base para la estimación inicial de demanda por prestación incorporada en cada problema de salud del GES.

## **B. Identificación de la oferta AUGE**

### **Oferta Pública:**

Respecto de la oferta de prestadores del SNSS que operan básicamente en la Modalidad de Atención Institucional, se dispone de información relativa a su ubicación geográfica, cantidad y grados de complejidad de acuerdo a antigua clasificación definida por el MINSAL para los Hospitales existentes (tipo 1, 2, 3 y 4), así como también de los tipos de Consultorios.

Sin embargo, no se tiene aún información sistematizada, completa y actualizada sobre sus reales capacidades productivas, resolutivas y complejidad. Esta información se tendrá en el marco de la implementación del proyecto FONASA Digital.

Se dispone de la información proveniente de los registros de actividad del Sistema REM y otras estadísticas de salud manejadas por el DEIS del MINSAL, así como también de un conocimiento creciente que respecto de los Servicios de Salud han ido teniendo las Direcciones Regionales de FONASA, derivado de los procesos de negociación y monitoreo de los distintos Programas.

A partir entonces de la información disponible que anteriormente se detalla, es posible deducir los niveles y capacidades de producción de los establecimientos públicos.

Por otra parte, corresponde al Ministerio de Salud definir las Redes de Referencia y Contrarreferencia y los polos de desarrollo para cada problema de salud (Macroredes), a objeto de hacer más eficiente la red y asegurar la equidad en la atención de salud, en un contexto de diferentes niveles de desarrollo y complejidad de la red a nivel país.

### **Oferta Privada:**

La Oferta Privada la podemos clasificar de la siguiente forma:

- Hospitales FFAA
- Mutuales de Salud
- Hospitales Clínicos de Universidades
- Asociación Gremial Clínicas & Entidades (19 Prestadores - 74 centros de atención)
- Asociación Gremial Clínicas Medianas (16 Prestadores - 19 centros de atención)
- Pymesalud (79 centros médicos)

A partir de este catastro, se solicita a los prestadores manifestar su interés por formar parte de la oferta FONASA para el AUGE, en complementariedad a la oferta pública.

### **C. Organización de la Oferta:**

Una vez identificada la oferta pública y privada existente, ésta debe ser organizada sobre la base del principio de la complementariedad público-privada, de manera tal de tener el mapa de prestadores disponibles por ubicación geográfica y por problema de salud. Esta oferta pública es organizada en redes por el MINSAL.

Se debe elaborar una base de prestadores privados interesados en ofrecer sus servicios de salud, que permita conocer su distribución geográfica, cantidades ofertadas por producto, calidad y precios ofertados. Esta Base debe estar organizada y priorizada de acuerdo a Criterios Comerciales y de Control:

- Equipamiento / Servicios Apoyo
- Seguridad Instalaciones
- Recurso Humano
- Oportunidad Atención / Continuidad Atención
- Calidad Atención
- Movilidad Oferta
- Comportamiento Prestadores MLE
- Liderazgo / Trayectoria
- Evaluación Convenios (resultados médicos)
- Registro Estadísticos

A través de los procedimientos e instrumentos que correspondan, esta oferta será contratada en su oportunidad, ya sea para generar la compra planificada como también la compra urgente ante riesgo de incumplimiento.

### **D. Política de Compra:**

La política de compra de FONASA es privilegiar en primer lugar la oferta pública disponible por parte de los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud y los establecimientos municipalizados de atención primaria, y en coordinación con el MINSAL propender a la optimización de la oferta de éstos.

El proceso de reforma e implementación del sistema AUGE exige a los aseguradores y especialmente al Fondo, la adecuada integración de la oferta público-privada con el fin de responder oportunamente a las demandas de la población.

Por tanto, cuando la oferta pública optimizada sea insuficiente y/o inexistente, FONASA la complementará a través de la oferta privada, en concordancia con las facultades que le confiere la Ley N° 19.650.

Por otra parte, consciente de este desafío, y ante la disyuntiva de ser un Seguro Comprador Autónomo o un Seguro Comprador en Red, FONASA optó por un modelo de gestión descentralizado, con un sistema de información integrado y por fortalecer la compra de prestaciones en red, esto es, potenciando la decisión de compra coordinada con los gestores de redes, a través de la implementación de los Directorios de Compra.

### **Modalidades De Compra:**

La legislación vigente contempla las siguientes modalidades de compra de prestaciones:

- a) Compra Directa de FONASA a Prestadores Públicos a través de la celebración de contratos.
- b) Compra Directa de FONASA a Prestadores Privados: Debe enmarcarse en lo dispuesto en la Ley N° 19.886, y realizarse a través del Portal Chile-Compras.
- c) Compra Indirecta de FONASA a los Servicios de Salud y éstos a su vez a prestadores Públicos y/o Privados.

Así entonces, anualmente FONASA realiza un proceso de negociación y acuerdos con los establecimientos públicos de salud, representados por los Directores de los Servicios de Salud y Establecimientos Experimentales en su calidad de gestores de red. Dicho proceso culmina a fines del mes de enero con la suscripción de un contrato de compra de prestaciones, para cubrir cerca del 90% de los requerimientos de demanda de sus beneficiarios, con sujeción a la disponibilidad de recursos.

Estos contratos contemplan tanto la resolución de los establecimientos públicos en sus instalaciones propias, como también la compra a terceros que éstos directamente realizan.

De la comparación entre la demanda y la oferta pública optimizada, se derivan las “brechas públicas” que FONASA debe cubrir a través de la compra directa a prestadores privados. Es en este ámbito entonces que FONASA ejercerá las facultades que le confiere la Ley N° 19.650 de 1999, suscribiendo Convenios de compra directa a prestadores privados, en el ámbito nacional y/o local, para cualquier prestación en la cual exista déficit en la red pública, o que se estime que la oferta pública es crítica ante un eventual aumento de demanda.

Sin embargo, la forma de derivar al paciente a un prestador privado en Convenio MAI será siempre a través de una Orden de Derivación de un hospital público, y solo en casos excepcionales la derivación se realizará en forma directa.

### **Modalidades e Instrumentos de Compra a Prestadores Privados**

La Ley 19.886 estableció que todos los contratos que celebre la Administración del Estado, para el suministro de bienes muebles y servicios, que se requieran para el desarrollo de sus funciones se regirán por esta ley y su reglamento. Señala además, que se entenderán por órganos y servicios de la Administración del Estado, todos los que se indican en el artículo primero de la ley 18.575, entre los cuales se encuentra el Fondo Nacional de Salud. Las compras de prestaciones médicas que realizará el Fondo, deberán ajustarse entonces a los procedimientos de compras y contrataciones establecidos en la ley 19.886.-

En orden de importancia los procedimientos de contratación que son:

- a) Licitación Pública
- b) Licitación privada y
- c) Contratación directa.

El Reglamento de la ley 19.886, contenido en el decreto Supremo de Hacienda N° 250/2004, publicado en el Diario Oficial de 24 de septiembre de 2004 al señala el orden de los procesos de compras y contrataciones señaló que las adquisiciones se harán a través de:

- a) Convenios marcos
- b) Licitación pública
- c) Licitación privada y
- d) Trato o contratación directa.

**a) Convenios Marcos**

La ley 19.886 establece que las Entidades pueden solicitar a la Dirección de Compras y Contratación Pública (Chilecompras) que lleve a cabo un proceso de compra para concretar un Convenio Marco de un bien o servicio determinado, sea encargándole la gestión de coordinar un proceso conjunto de contratación, o requiriéndole la obtención de condiciones específicas de contratación para bienes o servicios determinados.

Los Convenios Marcos vigentes se traducen en un Catálogo que contiene la descripción de los bienes y/o servicios ofrecidos, sus condiciones de contratación y la individualización de los prestadores a los que se les adjudicó Convenios Marcos.

Cada Entidad afecta por esta Ley está obligada a consultar el Catálogo antes de proceder a llamar a una Licitación Pública, Licitación Privada o Trato o Contratación Directa.

Si el catálogo contiene el bien o servicio requerido, las entidades deberán adquirirlos emitiendo directamente al prestador en Convenio Marco respectivo, una orden de compra a través del sistema de información, salvo que obtenga directamente condiciones más ventajosas.

En el evento que una Entidad obtenga condiciones más ventajosas, debe informarlo a la Dirección de Compras y Contratación Pública (Chilecompras), y mantener sus antecedentes para su revisión y control posterior, por cuanto podrá fiscalizarse que

exista la documentación fehaciente que demuestre que se obtuvo condiciones ventajosas para no hacer uso de un Convenio Marco.

FONASA ha encargado a la Dirección de Compras y Contratación Pública (Chilecompras), la licitación y suscripción de Convenios Marcos a nivel nacional y/o regional, de contratación de servicios de otorgamiento de prestaciones asociadas a problemas de salud AUGE, tales como las cataratas, los accesos vasculares para hemodiálisis, la radioterapia y próximamente, Endoprótesis de cadera, exámenes de imagenología complejas, etc.

Para estos efectos, FONASA suscribe un Convenio de Colaboración con la Dirección de Compras y Contratación Pública (Chilecompras), de manera tal que se acuerda que es FONASA quien define las Bases Técnicas en cada caso, participando además en la evaluación y adjudicación de los Contratos Marcos. Así, FONASA define las condiciones de compra de las prestaciones para todo el Sistema, ya que todos están obligados a comprar a los prestadores en Convenio Marco, salvo que se demuestren “condiciones más ventajosas”.

Habida consideración del acuerdo con la Dirección de Compras de que FONASA participe en la elaboración de las Bases Técnicas de la licitación que conlleve a la suscripción de Convenios Marcos, se desprende la posibilidad de “regular” las compras de prestaciones de salud por parte del FONASA, para todo el Sector público estableciendo requerimientos técnicos, de calidad y de condiciones de entrega de la prestación, lo que obviamente potencia el rol de intermediador en la compra del Fondo Nacional de Salud. Cabe señalar que en este escenario, las compras que cualquier entidad eventualmente realice fuera de estos Convenios Marcos, deberá justificar condiciones más ventajosas, existiendo luego la posibilidad de volver a licitar para incorporar estas condiciones más ventajosas a Convenios Marcos.

A través de esta modalidad, se pone a disposición una red horizontal de prestadores (oferta) en convenio, lo que facilitaría la integración de las redes público-privada a nivel nacional, regional y local.

Adicionalmente, la mayor agilidad en los procesos de compra, tema de especial relevancia para la implementación del AUGE y la eventualidad de requerir con urgencia la compra de prestaciones a privados ante incumplimientos de garantías

Estos Convenios no tienen topes de número de prestaciones, y es posible en cada caso definir el pago por parte de los Servicios como por parte de FONASA.

#### **b) Licitación Pública:**

En esta modalidad el proceso es directo FONASA-prestadores privados, siendo el Seguro el responsable de la preparación de los antecedentes administrativos y técnicos, el proceso propiamente tal y la contratación correspondiente.

Esta modalidad será utilizada cuando FONASA estime conveniente establecer contratos individuales y directos con los prestadores adjudicados, siendo estos contratos cerrados y no disponibles para otras entidades como es el caso de los convenios marcos.

**c) Trato Directo:**

La Ley N° 19.886 sobre compras públicas exige realizar las compras a través de las siguientes modalidades, en orden de prioridad:

- d) Convenios Marcos Chilecompras
- e) De no existir Convenios Marcos, se debe realizar Licitación Pública como regla general y obligatoria para compras iguales o mayores a 1.000 UTM
- f) Licitación Privada, previa Resolución fundada para excepciones determinadas, primera opción después de declarar desierta una licitación pública
- g) Trato Directo de carácter excepcional:
  - o Después de declarar desierta una licitación privada, ante término anticipado de contrato por incumplimiento y cuando el saldo no supere las 1.000 UTM, emergencia-urgencia o imprevisto calificado por resolución fundada
  - o Único proveedor

Esta modalidad ha sido usado en:

- o los Contratos de hemodiálisis 2004
- o Compra de tratamientos de radioterapia a CEM en Región Metropolitana (imprevisto por término Convenio con SS) y a Centro Oncológico Viña del Mar (único proveedor)

## **E. Directorio de Compra**

Actualmente el Ministerio de Salud ha definido una nueva estructura organizacional, la cuál se basa en el principio de separación de funciones:

1. Función Normativa y reguladora
2. Función de Provisión
3. Función Aseguradora
4. Función Fiscalización

En el ámbito de la provisión de servicios hoy día aparece la figura de la Subsecretaría de Redes, del Gestor de Red (Director de Servicio) y de los Directores de Hospitales Autogestionados en Red.

La función aseguradora en el proceso de implementación de las Garantías Explícitas de Salud (GES) – en julio del presente – obliga al Fondo Nacional de Salud a otorgar las garantías expresadas en la Ley.

Sin desmedro que en el cumplimiento de las garantías se complementen las diversas funciones del sector salud, FONASA como seguro público de salud debe asegurar que el proceso de compra de prestaciones o atenciones de salud permita cumplir con las garantías explicitadas en el Régimen General de Garantías.

Como se señaló anteriormente, hoy el marco legal permite que este proceso de compra de prestaciones se realice bajo dos grandes modelos:

- a) Compra Directa de FONASA a Prestadores Públicos y/o Privados.
- b) Compra de FONASA a Servicios de Salud y éstos a su vez a prestadores Públicos y /o Privados.

En la actualidad el segundo modelo permite que los prestadores finales- hospitales y consultorios – compren atenciones de salud que ellos mismos no pueden proveer. Sin embargo, esta facultad debe estar sujeta a una coordinación que permita mejorar la eficiencia en la asignación de recursos en la RED.

Por lo anteriormente señalado se hace necesario establecer una estructura que permita realizar una compra eficaz y eficiente, que de cuenta de los objetivos sanitarios contemplados en la Reforma de Salud.

**1. Objetivos:** Los objetivos del Directorio de Compra son:

- a) Definir el proceso de planificación de compra, que dé respuesta a las necesidades y demandas sanitarias de nuestros beneficiarios y a las Garantías AUGE, en el marco de lo establecido anualmente por la autoridad sanitaria (GES y RGS), a través de la celebración de contratos entre FONASA y los Servicios de Salud y entre los Servicios y los Prestadores.
- b) Mantener una oferta organizada desde el punto de vista precios – prestación – prestador, que permita dar cumplimiento a lo planificado.

El Directorio de Compra complementará funcionalmente al CIRA y debe estar permanentemente informado, a través del Gestor de la Red, de las decisiones allí tomadas en lo que se refiere a políticas sanitarias regionales, demanda potencial, redes de derivación y definición de polos de desarrollo, que le servirán de referente estratégico en el proceso de planificación de compra.

La creación del Directorio de Compra obedece principalmente a la necesidad de dar respuesta a los requerimientos de los beneficiarios de FONASA, cuando existe riesgo de incumplimiento de garantías. Para ello es necesario implementar el proceso de planificación de compra, de manera tal que de respuesta a las necesidades y demandas sanitarias de nuestros beneficiarios y a las garantías AUGE, en el marco de lo establecido anualmente por la autoridad sanitaria (GES y RGS), a través de la celebración de contratos entre FONASA y los Servicios de Salud y entre los Servicios y los prestadores.

A través del Directorio de Compra se deben establecer los mecanismos de complementariedad público-privada que aseguren la calidad en la entrega de atenciones y prestaciones de salud. Para ello se debe conocer claramente la demanda insatisfecha, caracterizándola con criterios de calidad, y por otra parte, conocer y mantener una oferta organizada desde el punto de vista precios – prestación – prestador, que permita dar cumplimiento a lo planificado.

## **2. Composición**

El Directorio de Compra en Red estará compuesto por las siguientes personas:

- a) Director Regional de FONASA.
- b) Director de Servicio, quién a su vez es el responsable del CIRA y transmitirá los objetivos, metas y planes sanitarios regionales.
- c) Representante de Subsecretaría de Redes, normalmente el EMI, quién velará por la coherencia de las políticas regionales con las definiciones nacionales.
- d) Directores de los Hospitales Públicos de la Red.
- e) Directores de los Hospitales Autogestionados en Red.
- f) Representante de los Organismos administradores de la Atención Primaria por Municipio.

Este Directorio estará coordinado por el Director del Servicio de Salud y su secretario ejecutivo será el Director Regional de FONASA.

## **3. Productos Esperados**

Los productos esperados son los siguientes:

- a) Propuesta de contrato de compra entre FONASA y Servicios de Salud
- b) Contrato de compra entre los Servicios de Salud y Hospitales de la Red, con la firma de FONASA.
- c) Contratos de compra entre FONASA y los Hospitales Autogestionados en red, con la firma del Director de Servicio.
- d) Contrato de compra con la Atención Primaria.
- e) Selección de prestadores privados en Convenio Marco, para compra de prestaciones ante riesgo de incumplimiento.
- f) Contrato de compra con prestadores privados, en complemento a la oferta pública

En general, se espera que el Directorio de Compra planifique la compra del Servicio, en especial aquella requerida para complementar la oferta pública para dar cumplimiento a las garantías AUGE.

## **4. Actividades**

Las principales actividades a desarrollar son las siguientes:

- a) Realizar anualmente el programa de compra de la producción de la red en los niveles secundarios y terciarios (Hospitales Públicos dependientes) tanto en lo referido a la actividad incluida en el Programa Prestaciones Valoradas (AUGE y Programas Especiales) como a la actividad incluida en el Programa Prestaciones Institucionales.
- b) Realizar anualmente el programa de compra de los Hospitales Autogestionados en Red, tanto en lo referido al Programa Prestaciones Valoradas como al Programa Prestaciones Institucionales.
- c) Realizar anualmente el programa de compra (Plan de Salud familiar y Programas Especiales) de los establecimientos de Atención Primaria a través de los organismos que corresponda (Departamentos Municipales, Corporaciones Municipales y el propio Servicio de Salud).
- d) Definir las necesidades de compra en el sector privado cuando esta es requerida por déficit de oferta de la red pública, y evaluar las diferentes opciones del mercado desde el punto de vista calidad/precio.
- e) Mantener contratos vigentes con el sector privado ante el déficit de oferta.
- f) Realizar cuatrimestralmente la evaluación de los compromisos de actividad y de cumplimiento de garantías señalados en el contrato de compra establecido con los prestadores de la red.
- g) Monitorear y evaluar los contratos con privados.
- h) Proponer al nivel central un “contrato de compra marco” entre: El Director de FONASA, Subsecretario de Redes y Director de Servicio que refleje los programas de compra previamente establecidos y que establezca mecanismos de monitoreo y evaluación, de satisfacción usuaria, de programación financiera y de reasignaciones y reliquidaciones, en caso de incumplimiento de la actividad y de las garantías AUGE.
- i) Traducir los Programas de compra en un contrato entre:
  - El Director del Servicio, Director Regional de FONASA y los Directores de los Hospitales Públicos (Todos).
  - El Subsecretario de Redes, el Director de FONASA y los Directores de los Hospitales de alta especialidad.
  - El Director del Servicio, el Director Regional de FONASA y los Representantes de los establecimientos de atención primaria.
  - El Director del Servicio y los prestadores privados

Se encuentran ya conformados y efectivamente funcionando a lo largo del país el 100% de los Directorios de Compra de los Servicios de Salud. Se destaca la conformación en la Región Metropolitana del Directorio de Compra Regional.

La participación de FONASA en estos Directorios es de tremenda relevancia, por cuanto significa colaborar con la Red pública en la compra de prestaciones de salud, potenciando de esta forma el rol de este Fondo, situación que ha sido bien recepcionada por los Servicios que reconocen en FONASA la mayor experticia en la compra, lo cual nos compromete aún más en la importante tarea de liderar los procesos de compra de atenciones de salud del sector, en pro de asegurar el cumplimiento de las garantías explícitas en salud.

En este contexto, el valor agregado de las Direcciones Regionales de FONASA en dichos Directorios, debe ser el conocimiento de las necesidades de sus beneficiarios en

cada uno de los problemas de salud (demanda), así como de la identificación de la oferta pública, lo que permitirá dimensionar claramente la brecha de demanda que es necesario cubrir.

FONASA debe perfeccionar los instrumentos y estimaciones de la demanda por prestaciones de salud determinadas hasta ahora, para los problemas incorporados en el GES 2005, así como también en aquellos a incorporar en GES 2006 y futuros.

Lo anterior debe ser complementado por un cabal conocimiento de la oferta pública, tanto en sus capacidades instaladas como en sus posibilidades de optimización, teniendo presente la política impulsada por Dirección en este sentido, vale decir, satisfacer la demanda de nuestros beneficiarios en una oferta pública optimizada.

Para llevar a cabo el rol que a FONASA le corresponde en esta nueva e importante instancia sectorial, es imprescindible conocer las brechas existentes, entendidas éstas como la parte de la demanda que es necesario satisfacer fuera de la red pública (compra a privados).

Respecto de las brechas, éstas deben ser conocidas por las Direcciones Regionales no solo en su dimensión numérica, sino que perfiladas en términos de edad, sexo, ubicación geográfica y todos aquellos antecedentes que, dependiendo del problema de salud de que se trate, permitan identificar las formas de resolverla en un marco de equidad.

En ese contexto, las Direcciones Regionales de FONASA realizaron gestiones para obtener la siguiente información, la cual fue básica para iniciar el trabajo en el marco de los Directorios de Compra:

- Revisión e identificación de la demanda para cada prestación de salud incorporada en el Decreto GES 2005, de manera tal de cubrir la resolución de los problemas de salud incorporados en el GES 2005 en todas sus etapas
- Identificación de la oferta pública disponible para satisfacer esta demanda y sus requerimientos de optimización posible a corto plazo
- Identificación de la oferta privada existente y susceptible de constituirse en complementaria a la oferta pública, a partir de la oferta levantada por el DECOM y entregada a cada Dirección Regional para su validación, y las reuniones programadas con los prestadores para obtener precios.
- Identificación numérica y su caracterización que permita abordar en contexto de equidad la resolución, de la brecha o parte de la demanda que no es posible cubrir con la oferta pública disponible. Se deberá identificar en cada caso las brechas al menos en términos de edad, ubicación geográfica y condiciones de acceso.
- Listado de las necesidades o las brechas de demanda identificadas, priorizadas en términos de equidad, respecto de las cuales deberá proponerse a los Directorios de Compra las soluciones a través de compras a otros establecimientos públicos de salud, y/o complementariedad a través de la compra a privados.

Para responder a esta brecha es necesario además tener un cabal conocimiento de la oferta pública y privada, tanto en sus capacidades instaladas como en sus posibilidades de optimización. Así, las Direcciones Regionales han debido identificar inicialmente y

mantener una oferta organizada desde el punto de vista precios – prestaciones – prestadores – volumen de producción y calidad, y evaluar las diferentes opciones del mercado desde el punto de vista calidad / precio, con el objeto de articular la provisión regional y nacional, previa definición de las necesidades de compra en el sector privado.

## F. EVALUACION COMPRA EN AUGE 2005

Todas las Direcciones Regionales realizaron antes del 1° de julio el levantamiento de brechas (parte de la demanda que no puede cubrir cada Servicio) y éstas son revisadas constantemente en el marco del trabajo diario de las Direcciones Regionales y, específicamente en los Directorios de Compra.

Todas las Direcciones Regionales realizaron antes del 1° de julio el levantamiento de la oferta privada para los distintos problemas de salud, en precio, condiciones de la oferta y disponibilidad.

### Compras Programadas:

Se distinguen las Compras Programadas de las Compras Urgentes.

Son Compras Programadas aquellas tendientes a cubrir necesidades de demanda, incluidas las brechas públicas detectadas.

<b><u>1.- CONVENIOS FONASA CON SERVICIOS DE SALUD</u></b>		
Todas las prestaciones GES	28 Servicios de Salud y 3 Establecimientos Experimentales	
<b><u>2.- CONVENIOS FONASA CON HOSPITALES INSTITUCIONALES Y PRESTADORES PRIVADOS</u></b>		
<b><u>CONVENIOS VIGENTES:</u></b>		
Endoprótesis de cadera	Convenio con Hospital DIPRECA	Región Metropolitana
Tratamientos Hemodiálisis	160 Centros en Convenios a nivel país	Nacional
Peritoneodiálisis	43 Centros en Convenio a nivel país	Nacional
Radioterapia	FALP	Nivel Nacional
Radioterapia	CEM LTDA.	Región Metropolitana
Radioterapia	Instituto Oncológico Viña del Mar Ltda.	V Región
Cataratas	Convenios Marco Chilecompras	Nacional
Hospital Naval	Implantes Cocleares	Nacional, red para I, II, III, IV, VIII y XII Región.
<b><u>CONVENIOS EN TRAMITE</u></b>		
Cardiopatías Congénitas	Hospital Clínico Universidad Católica	Nacional, red para Maule, Llanquihue y Suroriente RM.

		En trámite de firma Protocolo de Acuerdo de Precios y En elaboración Convenio
Accesos Vasculares para hemodiálisis	Convenios Chilecompras Marco	Nacional. Adjudicación Convenio Marco semana del 13 de marzo
Radioterapia	Convenios Chilecompras Marco	Nacional Licitación en curso, apertura 10 de marzo

### **Compras de Urgencia:**

En aquellos casos en que los establecimientos del Servicio de Salud no otorguen la o las prestaciones en las condiciones exigidas por el GES 2005, deberá buscarse la solución primeramente en establecimientos de otro Servicio de Salud, dentro de los plazos que permitan el cumplimiento de la garantía de oportunidad.

Las Direcciones Regionales de FONASA a través de sus Subdepartamentos de Gestión Comercial, o el nivel central a través del Departamento de Comercialización, y en coordinación con los Servicios de Salud, especialmente a través del Directorio de Compra, deberán ejercer la compra ante riesgo de incumplimiento de garantías AUGE, buscando en primer lugar la derivación y solución de los problemas en prestadores públicos distintos de aquel en el cual se origina el riesgo de incumplimiento. La primera opción de compra de prestaciones de salud para el Fondo Nacional de Salud será siempre un prestador del Sector Público, buscando lograr la atención del paciente en las redes definidas por el MINSAL.

No obstante, y de acuerdo a las facultades que le confiere la Ley N° 19.650 de 1999, y en consideración a su rol de asegurador y garante, en la medida que la oferta pública sea insuficiente o no responda ante una garantía en riesgo, deberá buscarse la solución por la vía de la compra a prestadores privados, sea a través de los Convenios directos que FONASA tenga suscritos, o por la vía de la compra a privados directamente desde los Servicios de Salud.

<b><u>COMPRAS DE URGENCIA</u></b> Aquellas que se derivan de incumplimiento o riesgo inminente
Cada Dirección Regional tiene oferta privada levantada en su área jurisdiccional, con oferta en precio y capacidad mensual.
Ante compras urgentes, se genera el proceso de compra directa a través de Chilecompra, con resolución de imprevisto que no exige la licitación. Se realiza en primera opción por parte del Servicio en coordinación con FONASA en el marco de los Directorios de Compra, y en segunda opción directamente por FONASA

## COMPRA A PRIVADOS AUGE AÑO 2005

La totalidad de compras de prestaciones a privados realizadas directamente por FONASA el año 2005, corresponden a **compras programadas** para cierre de brechas públicas.

<b>COMPRAS DIRECTAS FONASA</b>			
Radioterapia	Centro de Especialidades Médicas CEM-IRAM Santiago e Instituto Oncológico de Viña de Mar	1.096 tratamientos o personas	M\$ 521.800
Endoprotesis de Cadera	Hospital DIPRECA	14 personas	M\$ 18.560
Hemodiálisis	142 centros privados a lo largo del país	7.180 personas	M\$ 29.617.848
<b>Sub-Total</b>			<b>M\$ 30.158.208</b>
Rebales Cardiopatías Congénitas	Hospital Clínico U. Católica	100 personas	M\$ 300.000
<b>Total</b>		<b>8.390 personas</b>	<b>M\$ 30.458.208</b>

Las compras a privados ante riesgo de incumplimiento, realizadas por los Servicios de salud y analizadas en el marco de los Directorios de Compra fueron las siguientes:

<b>COMPRAS SERVICIOS DE SALUD A PRIVADOS</b>			
Cirugía de Cataratas	Clínica Condell, Clínica San José y Clínica Antofagasta  Servicios de Salud Arica, Antofagasta y Atacama	503 personas	M\$ 264.927
Confirmación Diagnóstica cataratas	Servicio de Salud Viña del Mar	100 personas	
Ecobiometrías	Servicio de Salud Arauco a COALIVI	28 personas	M\$ 532
Endoprotesis de cadera (solo honorarios)	Clínica La Portada de Antofagasta, Servicio de salud Antofagasta	20 personas	M\$ 14.400
Radioterapia	Clínica Mella, Servicio de Salud Arica	16 personas	M\$ 8.000
intervenciones quirúrgicas de cáncer	Hospital Clínico La Frontera, Servicio de Salud Araucanía	6 personas	M\$ 5.605

cervicouterino invasor	Sur		
Exámenes diversos IAM, Diabetes, Ca de Mamas y cardiopatías Congénitas	Servicios de Salud Ñuble y Talcahuano a varios privados	90 personas	M\$ 4.285
<b>Total</b>		<b>763 personas</b>	<b>M\$ 299.749</b>

### **COMPRAS DE RIESGO PUBLICAS:**

El funcionamiento de los Directorios de Compra y en especial el caso del Directorio de Compra de la Región Metropolitana, permitió que la gran mayoría de los riesgos de incumplimientos fueran resueltos en el Sector Público:

#### ○ **Región Metropolitana y VI:**

- El **Servicio de Salud Metropolitano Norte** necesitaba resolver de manera urgente 24 mamografías, las cuales fueron realizadas por el **CRS Cordillera**. A la fecha ya se han realizado además 18 mamografías adicionales llegando a un total de 42.
- El **Servicio de Salud Metropolitano Central** tiene problemas en la resolución de:
  - Cataratas:
    - Es así que el **Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente** ya le resolvió 8 cirugías.
    - Además, se llegó a un acuerdo con **Servicio de Salud Metropolitano Norte** para resolver en forma metódica el problema existente para el Servicio Central. Se realizaron 39 cirugías luego de lo cual el SSM Central reorganizó su servicio de oftalmología del Hospital San Borja, empezando ellos a cubrir la brecha que tenían
  - Ecotomografías Mamarias: Necesitaron resolver 10, las cuales se realizaron el **CRS Cordillera**.
  - Biopsias Radio quirúrgicas: Se debieron comprar 18 biopsias al **Hospital Luis Tisné**, todas las cuales ya fueron realizadas
- El **Servicio de Salud Metropolitano Sur**, también ha manifestado problemas para la resolución y diagnóstico de las Cataratas. Es así que en el Directorio de Compras se llegó al siguiente acuerdo:
  - El **Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente** resolverá 1.500 cataratas, incluido el diagnóstico. Al 12 de Noviembre se habían realizado 382 confirmaciones diagnósticas y 96 cirugías. Se proyecta que al 31 de Diciembre estarán realizadas a lo menos 250 cirugías.



- Se está estudiando unificar criterios en las prótesis de cadera y posiblemente se liciten en conjunto, para tener disponibilidad de ellas como región.
  - Aconcagua estudia desarrollo de la cirugía de caderas en su Servicio, ya que cuenta con profesional capacitado.
- En definitiva, los SS. Valparaíso, SS Coquimbo y SS Aconcagua, no hicieron compras de riesgo, solo en algunos casos han hecho compras parciales: hrs. Médicas
- **Regiones VII y VIII:**
  - Ñuble ha estado realizando compra de fístula compleja al Servicio de Salud Concepción
  - Bio Bio contrató un médico de Higuera para la fístula que opera los días sábados.
  - Arauco compra cataratas al Servicio de Salud Concepción

**PROYECCION 2006:**

**COMPRAS A PRIVADOS AUGE 2006: BRECHA DE OFERTA PUBLICA - ANALISIS PRELIMINAR**

**1.- 25 PROBLEMAS:**

Problema de Salud	Prestación	Brecha pública: compra a privados	
		Nº	M\$
Insuficiencia Renal Crónica	Tratamientos Diálisis	8.000 personas	43.473.299
	Accesos Vascular para Hemodiálisis	1.000	500.000
Cáncer Cervico Uterino	Radioterapia	1.350	690.000
Cáncer de Mamas			
Cáncer de Testículo			
Cáncer de Mamas	Biopsia Esterotáxica	500	150.000
Escoliosis	Intervención Quirúrgica	12	36.000
Cataratas	Intervención Quirúrgica	1.200	1.000.000
Endoprotesis Totales de Cadera	Intervención Quirúrgica	500	2.500.000
Linfoma Adulto	Trasplante de Médula	10	300.000
<b>TOTALES</b>			<b>48.649.299</b>

**2.- 15 NUEVOS PROBLEMAS:**

Problema de Salud	Prestación	Brecha pública: compra a privados	
		Nº	M\$
Colelitiasis	Colelitiasis	1.000	400.000

Cáncer de Próstata	Radioterapia	200	102.000
Vicios Refracción	Consulta Oftalmológica	80.000	640.000
Retinopatía Diabética	Vitrectomía	3.500	3.332.000
Desprendimiento Retina			
Accidentes Cerebro Vascular Izquemico	Imagenología	300	50.000
<b>TOTALES</b>			<b>4.524.000</b>