

2017

Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud

CEP
CENTRO DE ESTUDIOS PÚBLICOS

Escuela
de Salud
Pública
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE

2017

Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud

**Propuesta de modernización y fortalecimiento de
los prestadores estatales de servicios de salud**

© Centro de Estudios Públicos y Escuela de Salud
Pública, Universidad de Chile

Inscripción Propiedad Intelectual N°280.086
Edición de 300 ejemplares, julio de 2017

Editado por el Centro de Estudios Públicos, CEP,
Monseñor Sótero Sanz 162, Providencia,
Santiago de Chile y la Escuela de Salud Pública,
Universidad de Chile, Av. Independencia 939,
Independencia, Santiago de Chile

Derechos Reservados.

Ni la totalidad ni parte alguna de este libro puede
ser reproducida sin permiso escrito de los editores.

Diseño y diagramación: O.inc Design
Fotografías interiores: Shutterstock

Impreso en: Fyrma Gráfica

COORDINADORES

Óscar Arteaga: Director, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Harald Beyer: Director, Centro de Estudios Públicos

Soledad Martínez: Académica, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Emilio Santelices: Académico, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Carolina Velasco: Investigadora, Centro de Estudios Públicos

Salvador Villarino: Consejero Asesor, Centro de Estudios Públicos. Gerente, Aguas Nuevas S.A.

Juan Ilabaca: Académico, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Ana Sofía León: Académica, Instituto de Políticas Públicas, Facultad de Economía y Empresa, Universidad Diego Portales

Rodrigo Martínez: Académico, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Fernando Muñoz: Jefe de División, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Fernando Poblete: Académico, División de Salud Pública y Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile

Nicolás Silva: Académico, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

José Sulbrant: Académico, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

EQUIPO

Francisca Aguirre: Profesora Asistente, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Los Andes

Ximena Barros: Estudiante de doctorado de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Rodrigo Castro: Director y socio, Genesis Partners

Juan Cataldo: Asesor, Compañías de Seguros

May Chomalí: Directora de Servicios Médicos, Clínica las Condes

Cristóbal Cuadrado: Profesor Adjunto, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Sylvia Galleguillos: Directora Ejecutiva, Instituto de Administración en Salud, Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile

Josefa Henríquez: Investigadora, Centro de Estudios Públicos

COLABORADORES

Stefano Bruzzo: Investigador Asistente, Centro de Estudios Públicos

Pedro Crocco: Académico, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Claudio Farah: Director Hospital Dr. Sótero del Río, Servicio de Salud Metropolitano Suroriente

Cristián Rebolledo: Académico, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Marcos Vergara: Académico, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile



RESUMEN EJECUTIVO

RESUMEN EJECUTIVO DE LAS PROPUESTAS

La red estatal de prestadores de salud no está funcionando satisfactoriamente. Es indispensable repensar su organización y operación. Esta tarea es la que decidieron acometer la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y el Centro de Estudios Públicos. A ambas instituciones les pareció que un trabajo conjunto podía contribuir a iniciar un debate de enorme relevancia para el país. El ejercicio era más valioso si se lograban alcanzar acuerdos que pudiesen darle sustentabilidad a una reforma de estas características. Todas las personas que colaboraron en esta iniciativa tuvieron en mente ese propósito al participar en este esfuerzo intelectual. A su vez, tuvieron presente que toda reforma de la prestación estatal de servicios de salud tiene que tener a los ciudadanos y pacientes como foco de sus acciones.

Considerando dicho propósito este informe apunta a mejorar la calidad y equidad en la entrega de servicios de salud por parte de los prestadores estatales. Las propuestas específicas ponen las necesidades de las personas en todo el ciclo de vida al centro de las políticas públicas de salud. La herramienta principal es la entrega de una atención integral (que considere desde la prevención hasta los cuidados curativos y paliativos), coordinada y continua, es decir, donde los diferentes componentes y niveles de atención se articulan para que no se generen desencuentros que perjudiquen al paciente y su percepción, generada a partir de su experiencia con los diferentes niveles y establecimientos de la red.

LAS PROPUESTAS PONEN LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS AL CENTRO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD. LA HERRAMIENTA PRINCIPAL ES LA ENTREGA DE UNA ATENCIÓN INTEGRAL, COORDINADA Y CONTINUA

Hay conciencia de que una reforma de salud también debe abarcar el sistema de seguros de salud. Sin embargo, no es este el foco del presente reporte. Con todo, tres cuartos de los chilenos interactúan, de una forma u otra, con el sistema estatal de prestadores de salud. Los indicadores de desempeño de este subsector no son particularmente destacables. El tiempo de espera para una atención hospitalaria alcanza en promedio a 168 días mientras que en las aseguradoras privadas no supera el mes. Al mismo tiempo, hay cuestionamientos por parte de los pacientes respecto del trato que reciben de los funcionarios y una creciente opción de los afiliados a Fonasa por atenderse con proveedores privados, incrementando el gasto de bolsillo que deben realizar en salud. Por cierto, también influye en ello las esperas para ser atendidos por especialistas. Según cifras del Ministerio de Salud en enero de 2017 aproximadamente 1,6 millones de personas que debían ser vistas por un especialista aún no tenían claridad respecto del momento en que recibirían esa atención.

Adicionalmente, hay una preocupación por la evolución al alza de la deuda hospitalaria, poniendo en duda el financiamiento y gestión de los prestadores estatales. A ello se suma la rotación que ocurre en los altos cargos de la red estatal con los cambios de gobierno, que hace muy difícil dirigir la red y los prestadores específicos con un horizonte de mediano y largo plazo. Si bien algunos de estos problemas reflejan escasez de recursos en el componente estatal del sistema de salud —las comparaciones con el componente privado no deben olvidar que los beneficiarios del Fonasa tienen un perfil de riesgo/costo más elevado—, este reporte reconoce que la forma en que está organizado el sistema estatal de prestadores de salud no es el más apropiado y que requiere cambios importantes, independientemente de sus disponibilidades presupuestarias, para asegurar la mejor atención posible. Es este el foco, entonces, de esta propuesta.

Su elaboración se dividió en etapas: Durante la primera, el equipo coordinador elaboró un diagnóstico y lineamientos iniciales, que luego sirvieron como guía para la segunda fase. Esta última, implicó trabajar tres ámbitos de la prestación estatal de servicios de salud, responsabilidad que fue asumida por equipos independientes: (i) rectoría y gobernanza (organización de las instituciones), (ii) financiamiento y (iii) modelo de atención. En cada uno se profundizaron los diagnósticos y se elaboraron propuestas. Este reporte reúne el trabajo de los tres equipos dando pie a una propuesta integral y coherente que permita satisfacer los objetivos que definieron ambas instituciones. El trabajo busca sustentarse en la literatura y evidencia nacional e internacional disponible, así como en las posibilidades reales de aplicarse en el sistema de salud chileno.

A continuación, se presentan las propuestas de mejora en cada uno de los tres ámbitos en los que se dividió este esfuerzo.

— Rectoría y Gobernanza

Se aspira a que la organización de los prestadores de salud estatales tenga como foco a los usuarios, así como el otorgamiento de una atención integral y continua, la elevación de capacidades, la transparencia y la rendición de cuentas, entre otros.

Se postula la creación de una Dirección Nacional de Salud, organismo técnico e independiente del Ministerio de Salud (Minsal), que monitoreará el desempeño de los prestadores estatales, ya sea directamente en el caso de aquellos independientes (que no pertenecen actualmente a los Servicios de Salud y que se propone dejen de depender del Minsal), o indirectamente, mediante las Organizaciones Locales de Salud (OLS) (nuevas entidades coordinadoras de la red estatal de prestadores de salud). La forma principal en que esta Dirección se relacionará con las OLS y prestadores independientes será a través de la elección, evaluación y remoción de sus gobiernos superiores. La Dirección Nacional de Salud debe ser completamente independiente del Minsal, por lo cual la designación y renovación de quienes la integren debe realizarse mediante mecanismos que aseguren su independencia y capacidad técnica, considerando la participación en el Sistema de Alta Dirección Pública, y eventualmente del Senado.

SE POSTULA LA CREACIÓN DE UNA DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD, ORGANISMO TÉCNICO E INDEPENDIENTE DEL MINISTERIO DE SALUD, QUE MONITOREARÁ EL DESEMPEÑO DE LOS PRESTADORES ESTATALES Y LA CREACIÓN DE ORGANIZACIONES LOCALES DE SALUD COORDINADORAS DE LA RED ESTATAL DE PRESTADORES DE SALUD

Las OLS estarían a cargo de coordinar y financiar la red de prestadores asociada a una población determinada (de beneficiarios del Fondo Nacional de Salud -Fonasa-), debiendo cumplir con las metas, condiciones y exigencias del Fonasa en representación de sus asegurados, así como los lineamientos —principalmente relativos a resultados sanitarios— de la Dirección Nacional de Salud, respetando los objetivos propios y necesidades locales de las poblaciones asociadas a cada prestador.

Se propone que los establecimientos que hoy están en manos del Minsal y aquellos de envergadura y capacidad suficiente que pertenecen a los Servicios de Salud, transiten hacia su conversión en corporaciones/empresas públicas (también se sugiere la figura de hospitales experimentales), las que podrán contar con directorios en caso de considerarse necesario. Lo anterior no obsta a que sigan perteneciendo a la red y reciban financiamiento acorde con ello.

La propuesta también considera fortalecer el rol de Fonasa como asegurador que vela porque sus beneficiarios reciban atención oportuna y de la mayor calidad posible, convirtiéndolo en una entidad independiente del Minsal, que debe asumir el riesgo financiero de cumplir con las prestaciones ofrecidas a sus beneficiarios, traspasando parte de dicho riesgo a los prestadores, mediante la compra inteligente de servicios. En su rol de asegurador público debe gestionar todos los recursos (fiscales y cotizaciones previsionales) cuyo fin es financiar la atención en salud de sus beneficiarios, siendo así el único responsable por el buen uso de dichos recursos.

Financiamiento

Se postula que Fonasa sea el único financiador de prestaciones, en orden a que los recursos se reciban solo por una vía. Asimismo, se propone que Fonasa financie un paquete de servicios para toda la población a cargo de una determinada OLS, mediante pagos por persona a dichas entidades. Este pago estaría ajustado en base a las variables que afectan los costos de proveer atención de salud (especialmente el estado de salud). Así, la OLS respondería ante Fonasa (asegurador) por la entrega de dichos servicios y los resultados clínicos asociados. Con ello se busca que la OLS funcione como gestor de la red y así se avance en la entrega de atención continua, integrada y a un menor costo, mediante el diseño de rutas sanitarias y el establecimiento de contratos y mecanismos de pago modernos, entre otros. Ello requiere que esta entidad cuente con autonomía para fijar mecanismos de pago innovadores como los pagos por desempeño o pagos amarrados (*bundled*) a sus prestadores, en la medida que cumpla con los objetivos y condiciones establecidas por Fonasa.

SE PROPONE QUE FONASA FINANCIÉ UN PAQUETE DE SERVICIOS PARA TODA LA POBLACIÓN A CARGO DE UNA DETERMINADA ORGANIZACIÓN LOCAL DE SALUD, MEDIANTE PAGOS POR PERSONA A DICHAS ENTIDADES

Respecto de las decisiones relativas a la inversión en nueva infraestructura, se sugiere que estén alojadas en la Dirección Nacional de Salud, de manera que respondan estrictamente a criterios técnicos, que deberá evaluar dicha entidad, según sean las necesidades de cada zona geográfica (por ejemplo, en base a los estudios técnicos de cada OLS) y la capacidad de compra de las mismas de parte de Fonasa.

En cuanto a los métodos de pago a los prestadores de salud, si bien se propone que cada OLS pueda incorporar nuevos mecanismos, se estima importante sugerir algunos lineamientos generales (al menos en las primeras etapas) respecto a cómo avanzar a métodos de pago que cumplan con los objetivos propuestos. Así, se plantea para la atención primaria un pago per cápita ajustado por riesgo con datos individuales y que incluya índices de morbilidad.

SE PLANTEA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA UN PAGO PER CÁPITA AJUSTADO POR RIESGO QUE INCLUYA ÍNDICES DE MORBILIDAD, (...) Y UN MAYOR USO DE PAGO POR GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO (GRD) EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

Para promover la continuidad de atención y control de costos, y de forma de conectar los pagos entre los niveles, se propone la creación de un fondo de prestaciones ambulatorias, para la compra de dichos servicios, que sería administrado por la OLS, y por tanto, la atención primaria de salud no podría derivar más allá de los límites de los recursos destinados para este fin.

En cuanto a la atención hospitalaria, se propone un mayor uso de pago por Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) en atención hospitalaria, de alrededor de un 70-80% del total del presupuesto hospitalario, requiriéndose mantener una porción de presupuesto basal, para efectos de financiar investigación y docencia (cuando no sea financiado por las entidades formadoras), así como para compensar por diferencias geográficas en costos, o para cubrir otros elementos de costo fijo, entre otros. Se sugiere incorporar los recursos asociados a la manutención y reposición en el financiamiento regular, con criterios explícitos, ojalá basados en el tamaño o nivel de depreciación de cada establecimiento.

Modelo de Atención

Se plantea abordar tres aspectos principales para fortalecer el enfoque de cuidados centrados en las personas en el sistema: (i) la alfabetización funcional en salud de los usuarios, (ii) los sistemas de información y (iii) el rediseño y reorganización de las funciones y roles en el centro de salud.

Dentro de las medidas propuestas para mejorar la alfabetización funcional, se encuentra el centrar la información entregada en lo esencial y entregarla de forma clara, ejecutar consejerías a la medida del usuario, que se entregue material educativo en las consultas e incentivar a que la persona atendida haga preguntas.

Respecto a las mejoras en los sistemas de información, es fundamental concluir con el proceso de digitalización de la información e instalar un sistema de transmisión de la información, mediante la implementación de un mecanismo donde la historia clínica sea compartida (ficha clínica compartida). Sobre ésta, se espera: (i) que cada persona atendida en el sistema de salud chileno cuente con un resumen de su ficha clínica electrónica, (ii) que esta sea accesible para todos los médicos tratantes independientemente de su nivel de atención y (iii) que cada egreso hospitalario que sea referido a atención primaria sea seguido de un aviso electrónico al centro de salud al cual pertenece la persona que egresa.

En cuanto al rediseño y reorganización de las funciones y roles en el centro de salud, se plantea la delegación de tareas en base a competencias para la atención primaria de salud. Esto en la práctica se materializa en la flexibilización de tareas de los equipos de salud de atención primaria que permitiría la generación de un mayor grado de competencias específicas entre el personal del equipo de la atención primaria y la asignación más eficiente de los recursos humanos, entre otros. En particular se muestra la iniciativa de la enferme-

ría de práctica avanzada, planteando que, en los centros de atención primaria, algunas de las tareas de baja complejidad -usualmente realizadas por médicos- se deleguen en un profesional de la salud con un grado educativo y entrenamiento distinto al del médico o a una persona entrenada para realizar solamente una determinada tarea.

TRES ASPECTOS PRINCIPALES
PARA FORTALECER EL ENFOQUE
DE CUIDADOS CENTRADOS EN
LAS PERSONAS EN EL SISTEMA: (I)
LA ALFABETIZACIÓN FUNCIONAL
EN SALUD DE LOS USUARIOS, (II)
LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN
Y (III) EL REDISEÑO Y REORGANIZA-
CIÓN DE LAS FUNCIONES Y ROLES
EN LOS CENTRO DE SALUD





ÍNDICE

05

RESUMEN EJECUTIVO

15

I.INTRODUCCIÓN

21**II. LA NECESIDAD DE
REORIENTAR LA PRESTACIÓN
ESTATAL DE SERVICIOS
DE SALUD**

II.1 / P. 24 Organización de la red de
prestadores estatales de
servicios de salud

II.2 / P. 35 Financiamiento en los
prestadores estatales de
servicios de salud

II.3 / P. 51 Modelo de atención de los
prestadores de servicios
de salud

61**III.PROPUESAS PARA
MODERNIZAR Y FORTALECER
LA PRESTACIÓN ESTATAL DE
SERVICIOS DE SALUD EN CHILE**

III.1 / P. 62 Rectoría y gobernanza en
la prestación estatal de
servicios de salud

III.2 / P. 71 Organización del financiamiento
y mecanismos de pago a
prestadores estatales de
servicios de salud

III.3 / P. 76 Modelo de atención en salud
de los prestadores estatales

89

REFERENCIAS

103

ANEXOS



I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La red estatal de salud no está funcionando satisfactoriamente. Es indispensable repensar su organización y operación. Esta tarea es la que decidieron acometer la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y el Centro de Estudios Públicos. A ambas instituciones les pareció que un trabajo conjunto podría contribuir al inicio de un debate de enorme relevancia para el país. El ejercicio era más valioso si se lograban alcanzar acuerdos que pudiesen darle sustentabilidad a una reforma de estas características. Todas las personas que colaboraron en esta iniciativa tuvieron en mente ese propósito. A su vez, tuvieron presente que toda reforma de la prestación estatal de servicios de salud debe tener a los ciudadanos y pacientes como foco de sus acciones.

TODA REFORMA DE LA PRESTACIÓN ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD DEBE TENER A LOS CIUDADANOS Y PACIENTES COMO FOCO DE SUS ACCIONES

Este informe apunta a mejorar la calidad y equidad en la entrega de servicios de salud por parte de los prestadores estatales. Las propuestas específicas ponen las necesidades de las personas en todo el ciclo de vida al centro de las políticas públicas de salud. La herramienta principal es la entrega de una atención integral (que considere desde la prevención hasta los cuidados curativos y paliativos), coordinada y continua. Es decir, donde los diferentes componentes y niveles de atención se articulan para que no se generen desencontros que perjudiquen al paciente y su percepción, generada a partir de su experiencia con los diferentes niveles y establecimientos de la red.

El sistema de salud en Chile está basado en un esquema de aseguramiento que tiene dos componentes: uno liderado por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), agencia estatal responsable del seguro público, y otro privado, integrado por diferentes aseguradoras particulares, llamadas Instituciones de Salud Previsional (Isapre). En la actualidad, Fonasa otorga cobertura a 77,3% de la población, quienes pueden atenderse con prestadores estatales, a través de la modalidad de atención institucional (MAI) o con prestadores privados mediante la modalidad de libre elección (MLE). La excepción son los indigentes y carentes de recursos (que integran el grupo Fonasa A) quienes solo pueden hacerlo mediante la MAI. Dichas modalidades tienen lógicas de organización y financiamiento diferentes, por una parte, la atención en la MAI exige, por ejemplo, ser derivado para acceder a atención de mayor complejidad, no así la MLE donde se puede ver a un especialista directamente. Asimismo, los copagos que deben ser desembolsados por los beneficiarios son más altos en el caso de la MLE (Tabla 1). Por su parte, los beneficiarios de seguros privados, si bien tienen acceso libre (según su plan de salud) a la mayoría de los prestadores privados, sus posibilidades de uso de prestadores estatales son restringidas, limitándose a las emergencias y uso de pensionados de los hospitales cuando se les permite (máximo 15% de la dotación total de camas del establecimiento¹). Por lo tanto, los principales usuarios de los prestadores de servicios de salud estatales provienen de Fonasa, especialmente aquellos de menor nivel socioeconómico.

¹ Resolución exenta N°368 de 2010 del Ministerio de Salud. "Aprueba nuevo texto norma general administrativa N°2 sobre atención de pacientes particulares".

TABLA 2: ACCESO Y COPAGOS A PRESTADORES SEGÚN LOS DOS PRINCIPALES TIPOS DE SEGURO

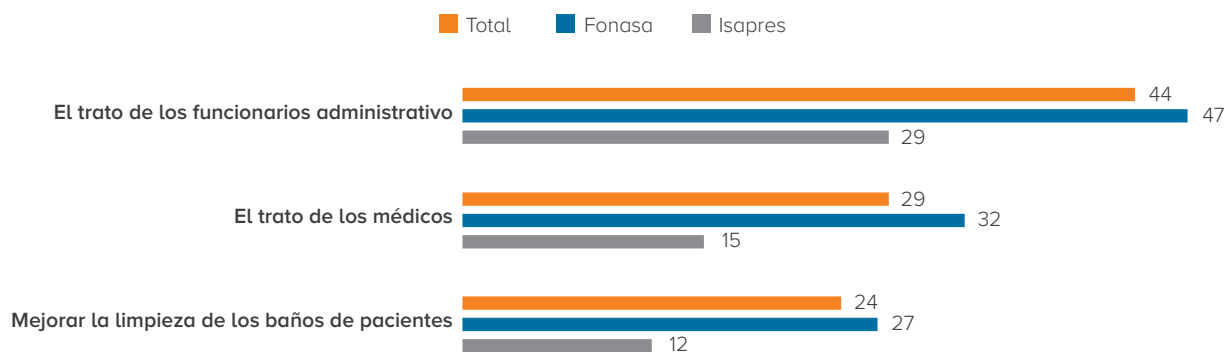
Tipo de seguro	Prestadores Estatales		Prestadores Privados	
	Acceso	Copago	Acceso	Copago
Isapre	Emergencias y pensionados (15% camas)	Según plan de salud	Sí	Según plan de salud contratado
Fonasa A	MAI	No	No	-
Fonasa B		10%	MLE	Variable (25% - 60%) sobre arancel Fonasa (AF). Puede ser mayor si arancel real es mayor que AF
Fonasa C				
Fonasa D		20%		

Fuente: Elaboración propia

Al observar las encuestas de satisfacción usuaria de la Superintendencia de Salud², se aprecia que aquellos beneficiarios de Fonasa que indican sentirse desprotegidos, señalan como principales causas la calidad del sistema, la atención del personal (Figura 1), largos tiempos de espera para cirugías (Tabla 2) y la dificultad para atenderse por especialistas. Ello se agrava en el caso de quienes integran el grupo Fonasa A, usuarios exclusivos de dichos prestadores (Figura 2).

AQUELLOS QUE INDICAN SENTIRSE DESPROTEGIDOS, SEÑALAN COMO PRINCIPALES CAUSAS LA CALIDAD DEL SISTEMA, LA ATENCIÓN DEL PERSONAL, LARGOS TIEMPOS DE ESPERA PARA CIRUGÍAS Y LA DIFICULTAD PARA ATENDERSE POR ESPECIALISTAS

FIGURA 1: ASPECTOS A MEJORAR EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA SEGÚN USUARIOS (3 PRIMERAS MENCIONES), AÑO 2015

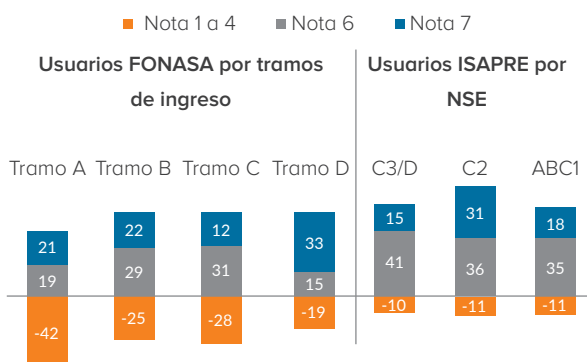


Fuente: Superintendencia de Salud (2016).

**TABLA 3: TIEMPOS DE ESPERA
EN HOSPITALES, 2015**

	Hospital (días)	
	Fonasa	Isapres
Promedio	168	30
Mínimo	0	0
Máximo	5.475	730

Fuente: Superintendencia de Salud (2016)

**FIGURA 2: NOTA ASIGNADA POR USUARIOS A
LA ATENCIÓN DE URGENCIA, 2015**Nota: NSE = Nivel socioeconómico
Fuente: Superintendencia de Salud (2016)

La encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN), da cuenta de la misma realidad, indicando que quienes pertenecen al grupo A de Fonasa, visitan en menor medida que los demás usuarios del Fonasa, por ejemplo, a médicos especialistas (Henríquez y Velasco 2015). La misma encuesta muestra que dichos beneficiarios cada vez optan en mayor proporción por atenderse “por fuera” del sistema, pagando el costo total de la atención de su bolsillo, en orden a evitar las largas esperas. En 1992 un 5% de quienes pertenecían al grupo A del Fonasa tomaba esta opción, cifra que en 2013 era 21,5%. Dado los copagos involucrados y la mayor carga de enfermedad de la población más vulnerable, esta situación levanta importantes cuestionamientos desde una perspectiva de equidad (Ministerio de Salud 2012a).

Los datos respecto de listas de espera entregados por el propio Ministerio de Salud (Minsal) avalan lo señalado por los usuarios. En enero del año 2017 había, aproximadamente, 1.900.000 de personas esperando para ser vistos por un especialista, ser intervenidos quirúrgicamente o con incumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales 2017).

Creemos que en el pasado Chile ha logrado grandes avances en el sector salud, gracias a que los encargados de desarrollar políticas públicas han tenido la capacidad de tomar macro-decisiones de Estado con eje sanitario. Ello se ha logrado poniendo al paciente en el centro, y con una mirada de largo plazo, más allá de los vaivenes políticos. El grupo de trabajo que respalda las propuestas contenidas en este informe considera que es necesario retomar esa visión y que, además, hay una oportunidad para desarrollar una reforma profunda que posibilite tener una atención de salud en la red estatal más equitativa y de mejor calidad que la actual. En particular, estamos convencidos que es posible modificar la realidad respecto de la insatisfacción e inequidades en el acceso a la salud recién presentada, mediante una mejor organización y operación de los prestadores de servicios de salud estatales. Este desafío implica hacer ajustes a la gobernanza que los rige, a los métodos de financiamiento de los mismos y al modelo de atención detrás de éstos, para así otorgar una atención fortalecida y con foco en los pacientes, es decir, organizada en torno a las necesidades de los ciudadanos y usuarios.

CREEMOS QUE EN EL PASADO
CHILE HA LOGRADO GRANDES
AVANCES EN EL SECTOR
SALUD, GRACIAS A QUE LOS
ENCARGADOS DE DESARROLLAR
POLÍTICAS PÚBLICAS HAN TENIDO
LA CAPACIDAD DE TOMAR
MACRO-DECISIONES DE ESTADO
CON EJE SANITARIO

La elaboración de este documento se realizó en etapas. Durante la primera, el equipo coordinador elaboró un diagnóstico y lineamientos iniciales, que luego sirvieron como guía para la segunda etapa. Esta última La elaboración de este documento implicó trabajar tres ámbitos de la prestación estatal de servicios de salud: (i) rectoría y gobernanza (organización de las instituciones), (ii) financiamiento y (iii) modelo de atención. En cada uno se profundizaron los diagnósticos y se elaboraron propuestas. Finalmente, en este documento se congrega el trabajo de los equipos para dar pie a una propuesta integral y coherente que permita aportar en los objetivos iniciales propuestos en esta alianza. El trabajo realizado busca sustentarse en la literatura y evidencia disponible, así como con las posibilidades reales de aplicarse de manera progresiva en el esquema de salud chileno.

La sección siguiente busca contextualizar la situación de los prestadores de salud estatales en Chile, en un esfuerzo de diagnóstico que sirve de base para desarrollar las propuestas. Posteriormente, se presentan las propuestas y el sustento teórico y empírico de las mismas. Finalmente, se presentan las referencias y anexos.



II. LA NECESIDAD DE REORIENTAR LA PRESTACIÓN ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD

II.1 / P.24 / Organización de la red de prestadores estatales de servicios de salud.

II.2 / P.35 / Financiamiento en los prestadores estatales de servicios de salud.

II.3 / P.51 / Modelo de atención de los prestadores de servicios de salud.

II. LA NECESIDAD DE REORIENTAR LA PRESTACIÓN ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD

La definición de objetivos sanitarios para la década 2000-2010, así como la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020 (Ministerio de Salud 2010) han tenido por propósito orientar el quehacer de salud con visión de país y servir de carta de navegación para el sistema de salud. Si bien la Estrategia Nacional de Salud no está cumpliendo con precisión dicho fin, debido a que se ha traducido en el seguimiento de más de quinientos indicadores sin un propósito definido, hay que reconocer que sus planteamientos centrales siguen siendo una importante guía. Por ejemplo, al revisar los objetivos centrales de dicha estrategia, que se traducen en nueve objetivos estratégicos sanitarios (Figura 3), se aprecian ciertos énfasis claros, como la relevancia del cuidado integral del paciente, a través de su ciclo vital, abordando los factores de riesgo y el medio ambiente, así como la calidad y equidad de la salud. Ello requiere poder seguir al paciente en el sistema y en el tiempo (trazabilidad), y realizar un trabajo de planificación e inteligencia sanitaria, para entender sus necesidades y adaptar los servicios a cada grupo objetivo.

LOS SISTEMAS DE SALUD MODERNOS SE BASAN EN DOS CONCEPTOS RELEVANTES: COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

FIGURA 3: ESQUEMA GENERAL DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PARA EL LOGRO DE OBJETIVOS SANITARIOS DE LA DÉCADA 2011 - 2020.



Nota: OE = Objetivos estratégicos

Fuente: Ministerio de Salud (2010)

Esta mirada se acerca a la forma en que se organizan los sistemas de salud modernos. Estos se basan en dos conceptos relevantes: coordinación asistencial y continuidad de la atención (Cuadro 1). El primero se entiende como la capacidad de los servicios de salud para ofrecer una atención en la cual los diferentes componentes y niveles de atención se articulan para que no se generen desencuentros que perjudiquen al paciente (Starfield 2002). Ello implica una respuesta de organización de servicios de salud en grados crecientes de capacidad resolutive, para resolver la mayor

parte de los problemas de salud de las personas en su entorno más próximo. La continuidad de la atención se entiende como la percepción que se genera en el usuario, a partir de su experiencia acumulada de navegación en los diferentes niveles y establecimientos de la red de salud (Haggerty 2003). Am-

bos conceptos están imbricados, puesto que una adecuada coordinación, debiera articular apropiadamente a los prestadores de servicios de salud para generar en el usuario la percepción de continuidad de atención.

CUADRO 1: INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS EN SALUD

Una herramienta que los sistemas de salud o parte de éstos han adoptado para cumplir con sus objetivos, es la integración de la provisión de salud. Según la Organización Mundial de la Salud, ésta se refiere a “la organización, gestión y entrega de los servicios de salud para que las personas obtengan el cuidado en un continuum de servicios preventivos y curativos, por parte de los diferentes niveles del sistema de salud, de acuerdo a sus necesidades y a lo largo del tiempo” (Organización Mundial de la Salud 2008a: 4). Esta definición es útil en el sentido de que busca que cada país analice cuáles son los mecanismos que mejor le ayudan a cumplir dicho objetivo en su contexto, despojándose de ideas preconcebidas. Lo anterior es relevante porque hay escasa evidencia sobre evaluaciones a modelos de integración del cuidado de la salud en el mundo, por lo que no existe claridad respecto de cuál es el mejor.

Sin embargo, la evidencia indica que, más que la integración administrativa o institucional, importa la integración clínica y a nivel de servicios, que se enfoca en cómo el cuidado puede ser mejor provisto alrededor de las necesidades de los individuos, especialmente cuando está siendo entregado por diferentes profesionales y organizaciones. Más aún, se concluye que la integración no es necesaria para todos los servicios o formas de cuidado, sino que debe ser enfocada en aquellos que se benefician más de ésta. Por tanto, para identificar las áreas donde la integración es necesaria se debe analizar dónde la falta de coordinación en el cuidado lleva a un impacto adverso en los resultados y experiencias de cuidado de una persona.

Fuente: Organización Mundial de la Salud 2010, Vázquez et al. 2009, Goodwin et al. 2012.

Por lo tanto, consideramos que los desafíos del actual sistema de salud y, particularmente de la red de prestadores de servicios de salud estatales, está justamente en mejorar la calidad y equidad de la salud, enfocándose en las necesidades de las personas en todo el ciclo de vida, mediante la entrega de una atención coordinada y continua, considerando desde la prevención (factores de riesgo) hasta los cuidados cu-

rativos y paliativos (enfermedades transmisibles y no). Sin duda ello requiere fortalecer la red de prestadores.

A continuación, se analizan, a modo de diagnóstico, los principales desafíos que enfrenta este sector en los ámbitos de la organización de las instituciones, es decir, de la rectoría y gobernanza, así como en el financiamiento y en el modelo de atención de salud.

II.1 Organización de la red de prestadores estatales de servicios de salud

Existen diferentes tipos de prestadores estatales, que se organizan por nivel de atención y que están a cargo de diferentes entidades (Tabla 3). Los centros de salud de atención primaria dependen en su mayoría de los municipios (94%) y se compo-

nen de consultorios, postas, centros de salud familiar, entre otros. La atención de mayor complejidad se ofrece principalmente en hospitales, entregándose la atención ambulatoria de especialidad en centros de diversa complejidad, como los centros de diagnóstico terapéuticos (CDT), centros de referencia de salud (CRS) y consultorios de salud mental (COSAM), principalmente dependientes de los Servicios de Salud.

TABLA 3: PRESTADORES DE SALUD ESTATALES SEGÚN DEPENDENCIA Y NIVEL DE ATENCIÓN

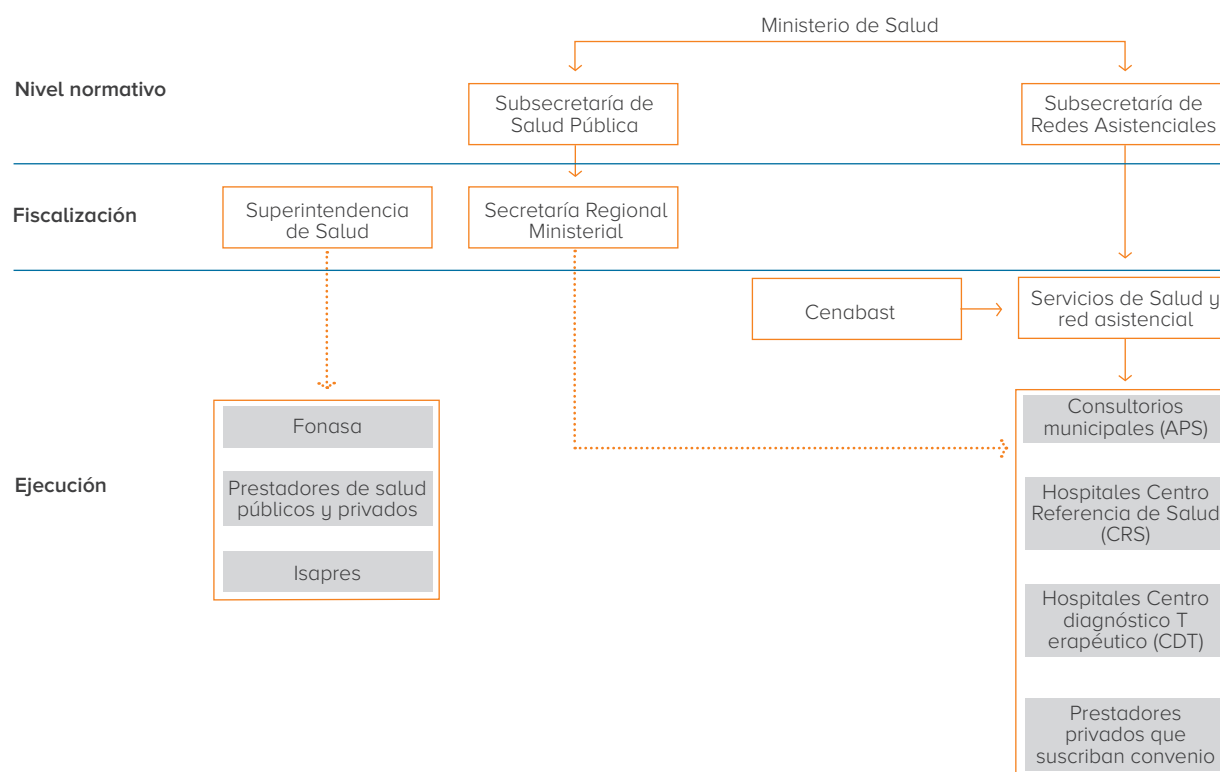
Dependencia	Minsal / Seremi	Servicio de salud	Municipalidad	Otras Instituciones
Nivel de atención				
Primario	3	125	2143	16
Secundario	2	49	47	6
Terciario	1	195		6
No Aplica	3	59		
Total	9	428	2190	28

Fuente: Base de Establecimientos del Ministerio de Salud. En <http://www.deis.cl/estadisticas-recursos-salud/> [acceso 18 de mayo de 2017].

En lo que sigue se revisan por separado las funciones, atribuciones y relaciones entre las diversas instituciones y órganos del Estado involucrados en la prestación de servicios de salud estatales (Figura 4). El objetivo es ver si su organización fa-

vorece el cumplimiento de los fines planteados para el sistema de salud y aquellos específicos de cada entidad, así como la coordinación y continuidad de la atención.

FIGURA 4: ORGANIZACIÓN DE LA INSTITUCIONALIDAD DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO



Fuente: Benavides et al. (2013)

a) Subsecretaría de redes asistenciales no logra articular la red de prestadores para otorgar atención integral de manera oportuna y su gestión debilita el rol rector del Minsal.

Ministerio de Salud como juez y parte. El Minsal se subdivide en dos subsecretarías (Figura 4). El Subsecretario de Redes Asistenciales “tiene a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas” (Ministerio de Salud 2005), y, además, debe regular la prestación de acciones de salud, tales como las normas para definir niveles de complejidad de las prestaciones y los estándares de calidad exigibles (Ministerio de Salud 2005). Para ello debe proponer al Ministro de Salud políticas, normas, planes y

programas y velar por su cumplimiento, así como coordinar su ejecución por los Servicios de Salud.

No parece adecuado que una misma entidad proponga regulaciones y programas, luego vele por su cumplimiento y, además, coordine su ejecución. En general, si bien a veces ocurre que ciertas entidades que establecen reglas también velan por su cumplimiento (como es el caso de algunas superintendencias), es el rol ejecutor el que entra en conflicto con las anteriores cuando parte de éste se entrega a la misma entidad. Esta relación interfiere en la capacidad de evaluar o juzgar imparcialmente el cumplimiento de las reglas por parte de los centros de salud propios (hospitales y otros centros de salud que dependen del Ministerio o de los Servicios de Salud) y ajenos (clínicas y otros

centros de salud privados). El ejercicio del rol de rectoría y fiscalización implica “autoevaluar” el propio desempeño como proveedor de servicios, generando un conflicto de interés al evaluador quien, por tanto, se ve limitado en estas atribuciones (Butelman et al. 2014). Un ejemplo concreto donde el rol ejecutor interfiere con el rol evaluador es la elección de los directores de los Servicios de Salud, que, en la práctica, recae en dicho ministerio (Comisión Presidencial de Salud 2010).

NO PARECE ADECUADO QUE UNA MISMA ENTIDAD PROPONGA REGULACIONES Y PROGRAMAS, LUEGO VELE POR SU CUMPLIMIENTO Y, ADEMÁS, COORDINE SU EJECUCIÓN

Ello explicaría, en parte, la inexistencia de evaluaciones a entidades propias del Estado en salud. En efecto, hay pocos estudios realizados por el ministerio respecto del desempeño de los establecimientos de su dependencia o a la calidad del servicio percibida, y entre las que hay, no todas son públicas (Vergara 2014). Existe una evaluación a los hospitales experimentales, pero que fue desarrollada en el marco de las evaluaciones realizadas por la Dirección de Presupuesto (Gerencia Salud Consultores 2012).

Diversidad de funciones relega rol rector del Minsal. La Subsecretaría de Salud Pública, por su parte, es responsable de las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas. En la práctica, el fomento de la salud pública queda relegado ante la preponderancia que cobra el rol de proveedor de salud. Este último tiene mayor visibilidad y sus resultados se ven en el corto plazo, por lo que existe una importante presión que termina focalizando los esfuerzos (y recursos) del Minsal en dicha labor, en desmedro de las demás. También

se pueden producir instancias que dificultan la materialización de algunas políticas al no contarse con una adecuada coordinación entre ambas subsecretarías.

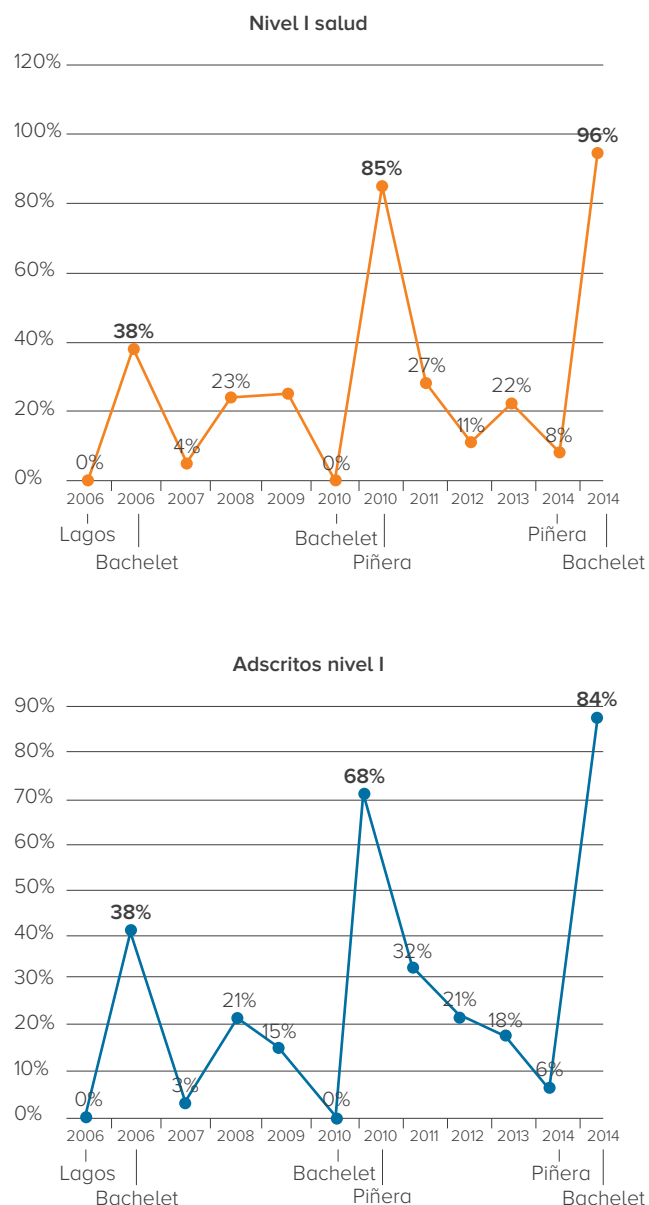
Así, la concentración por parte del Minsal de tal diversidad de funciones, cuyos objetivos no siempre son compatibles, le impide cumplir con todas a cabalidad. Este diagnóstico no es muy diferente al que precedió a la reforma de la década que comienza el año 2000. En efecto, el mensaje que acompañó a la ley 19.937 del año 2004 relativa a la autoridad sanitaria tuvo como propósito “fortalecer la institucionalidad y las potestades de la Autoridad Sanitaria, estableciendo una clara separación de funciones con la gestión de los Servicios de Salud.” Señalando, a modo de diagnóstico, dos importantes problemas: el primero, que la labor del Gobierno como responsable del desarrollo de todo el sector, se ve limitada “al estar definido el rol de la Autoridad Sanitaria, en forma principal, como responsable de la gestión de las actividades de salud del subsector público, con el consecuente debilitamiento de las capacidades normativas y fiscalizadoras sobre el sector privado.” En segundo lugar, señalaba que uno de los problemas de los Servicios de Salud era que concentraban tanto la gestión de la atención de salud, como las facultades fiscalizadoras, “transformando a dicha autoridad en juez y parte de su trabajo”, lo que dificultó que resolviera adecuadamente los problemas que se le presentaban en ambas áreas.”

Dependencia de prestadores politiza decisiones técnicas. Si bien los objetivos de la reforma de la década 2000-2010 apuntaban en una dirección adecuada y son avalados por los equipos involucrados en esta propuesta, consideramos que la forma de llevarla a la práctica impidió que ellos se concretaran. Como lo señala la Organización Mundial de la Salud (2010), cuando existe una sola entidad a cargo de la provisión, los incentivos apuntan a enfocarse más en las preocupaciones políticas que en las de los beneficiarios, lo que

la hace a dicha entidad vulnerable a la captura de grupos de interés. Ello se puede apreciar, por ejemplo, en las desvinculaciones que se producen ante cambios de gobierno en las direcciones de salud y otros cargos del primer nivel jerárquico (Figura 5), las que tuvieron una cifra récord de 96% en el caso del último cambio de gobierno en los de primer nivel. También se observa en que ciertos programas que, por su naturaleza debieran mantenerse y mejorarse continuamente, como el de trasplante o cáncer, reciben diferentes énfasis, según quien sea la autoridad de turno.

CUANDO EXISTE UNA SOLA ENTIDAD A CARGO DE LA PROVISIÓN, LOS INCENTIVOS APUNTAN A ENFOCARSE MÁS EN LAS PREOCUPACIONES POLÍTICAS QUE EN LAS DE LOS BENEFICIARIOS, LO QUE HACE A DICHA ENTIDAD VULNERABLE A LA CAPTURA DE GRUPOS DE INTERÉS

FIGURA 5: COMPORTAMIENTO DESVINCULACIÓN SECTOR SALUD NIVEL I, 2014



Nota: Nivel I se refiere a Director de Servicios de Salud, Director de Hospital y Otro Salud. Nivel I salud se refiere a todos los cargos en salud, estén o no inscritos en el sistema de Alta Dirección Pública (que se denominan Adscritos nivel I salud). Fuente: Egaña 2014.

Si bien la evaluación inicial de la gestión de los nuevos directores de salud elegidos mediante el sistema de Alta Dirección Pública (ADP) fue positiva (Lira 2013), ella sigue necesitando de mejoras. Además, existen otros cargos que no están sujetos a normas que aseguren que el mejor candidato sea el elegido finalmente y, más importante aún, el mecanismo es vulnerable, en cuanto los elegidos mediante este medio pueden ser removidos de sus cargos en cualquier momento -previa indemnización-. Como se aprecia en la Figura 5, ello se asocia más a los cambios políticos que al desempeño. Un estudio de la Universidad Mayor (2009-2010) destaca los procesos de desvinculación como altamente traumáticos en este sector, señalando la importancia de al menos explicitar las razones por las cuales se desvincula a alguien elegido mediante ADP. También menciona que los convenios de desempeño son una herramienta valorada, pero que debe ser perfeccionada. Se indica que estos debiesen mejorar el modelo de gestión de servicios de salud y hospitales, en un sector con metas poco claras, en donde conviven ideologías, intereses y visiones muchas veces contrapuestas.

EL SISTEMA DE ALTA DIRECCIÓN PÚBLICA ES VULNERABLE, EN CUANTO LOS ELEGIDOS A TRAVÉS DE ESTE MEDIO PUEDEN SER REMOVIDOS DE SUS CARGOS EN CUALQUIER MOMENTO

Según el análisis de Sanhueza (1999) hay funciones de los sistemas de salud que deben ser realizadas por la entidad central, y otras que pueden ser delegadas. El autor señala que aquellas tareas donde las autoridades centrales tienen a priori más información sobre la solución óptima y cuya efectividad depende del desempeño de la burocracia pública, como un todo, así como las que demandan alta coordinación, es mejor que sean realizadas de manera centralizada. Dentro

de ellas estaría el diseño y supervisión del sistema de salud, elaboración del marco de regulación y la definición del plan de salud, del sistema de compensación, de los mecanismos de pago a prestadores y del sistema de subsidios. Por el contrario, las funciones donde la información relevante para la toma de decisiones está descentralizada y se pueden definir objetivos que no presentan conflictos de interés, es preferible descentralizarlas en agencias independientes (aseguramiento, compra de servicios, administración del subsidio, ejecución de la regulación) e incluso en manos del mercado (provisión de prestaciones). Lo anterior, sin embargo, demanda un fortalecimiento del rol regulador del Estado (Figueras et al. 2002).

LAS FUNCIONES DONDE LA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA LA TOMA DE DECISIONES ESTÁ DESCENTRALIZADA Y SE PUEDEN DEFINIR OBJETIVOS QUE NO PRESENTAN CONFLICTOS DE INTERÉS, ES PREFERIBLE DESCENTRALIZARLAS EN AGENCIAS INDEPENDIENTES

En este sentido, los roles de diseño de políticas, de planificación y de rectoría deben estar necesariamente concentradas en la entidad central (Minsal). Sin embargo, la provisión, por ejemplo, debiera delegarse, tal como fue la intención de la reforma del año 2004.

b) Servicios de Salud con baja autonomía, limitando la toma de decisiones en base a una mirada técnica

Dependencia y superposición de funciones con Minsal:

El DFL1 del año 2005, en su artículo 16 (Ministerio de Salud 2005), establece que los Servicios de Salud “serán organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. Dependerán del Minsal, para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento, y a cuyas políticas, normas y planes generales deberán sujetarse en el ejercicio de sus actividades, en la forma y condiciones que determine” la ley.

Como contraparte a lo señalado respecto de la injerencia del Minsal en la prestación de salud, los Servicios de Salud no cuentan con la suficiente autonomía e incentivos para desarrollar su gestión, fortalecer su capacidad técnica y ejercer el rol que les compete en la coordinación y articulación de su red local y gestor de la demanda que enfrentan. Por una parte, la norma señala que es el director de un establecimiento de salud (hospital) el que debe elaborar y presentar al director del Servicio de Salud correspondiente el presupuesto de su establecimiento, pero los directores deben a su vez remitir al Subsecretario de Redes Asistenciales dicho presupuesto, el que debe, además, ser aprobado por el Ministerio de Hacienda. Asimismo, la remoción de directores de los hospitales es decidida por el Minsal, al igual que la evaluación anual a los hospitales. Por otra parte, los Servicios de Salud deben cumplir un doble rol de administrar (y financiar) los hospitales (y otros centros de salud) y, a la vez, gestionar la demanda, buscando las mejores soluciones para sus problemas de salud. Ambos objetivos pueden ser incompatibles cuando las mejores respuestas no están siendo otorgadas por los prestadores propios.

LOS SERVICIOS DE SALUD NO CUENTAN CON LA SUFICIENTE AUTONOMÍA E INCENTIVOS PARA DESARROLLAR SU GESTIÓN

Esta superposición de funciones afecta otros aspectos, por ejemplo, la postulación a cargos directivos que son llenados según el sistema de ADP. En efecto, según Egaña (2014: 13), la postulación es baja para los cargos directivos en el sector salud, entre otros, porque “El sector salud presenta importantes desafíos en términos de gobernabilidad, lo cual afecta la capacidad de acción del directivo.”

Falta de herramientas en los servicios de salud para gestionar la red de prestadores.

La atención primaria de salud depende casi en su totalidad de los municipios (94% en el año 2017, Tabla 3³). Por tanto, los Servicios de Salud no participan directamente en su gestión o gobernanza. Así, las herramientas formales que tienen para incorporar a este nivel de atención son los convenios asociados a los métodos de pago. Sin embargo, por una parte, como se verá más adelante, los Servicios de Salud tienen poca o nula injerencia en la determinación de los métodos de pago de sus prestadores y, por otra parte, los instrumentos con que cuentan son pocos y débiles. Un ejemplo son los mecanismos de verificación para el pago per cápita, que supone descuentos a los prestadores que no provean un mínimo de servicios. Sin embargo, es el Minsal, quien define los indicadores de cumplimiento, descuentos y fórmulas de cálculo de estos últimos y luego determina los descuentos, dejando al Servicio de Salud con el rol de recopilador de información (Decreto N° 202 del año 2015, Ministerio de Salud). El alto nivel de centralización y burocracia de la medida redundan en que este mecanismo de control sea poco efectivo. Por otra parte, los recursos descontados muchas veces se reinyectan al mes siguiente, eliminando toda efectividad del mecanismo.

³ Información obtenida de la página web del Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e Información de Salud.

Por tanto, los Servicios de Salud no tienen mecanismos eficientes para incentivar el cumplimiento de metas y de alinear su trabajo con los objetivos generales de la red. A ello se suma la diversidad en las capacidades de gestión de los diferentes municipios, que dificulta también el alineamiento de las diversas entidades involucradas en la atención primaria de salud. Más importante aún, puede dificultar una atención integrada y continua que, como se señalaba más arriba, es un elemento indispensable en todo sistema moderno de salud.

LOS SERVICIOS DE SALUD
NO TIENEN MECANISMOS
EFICIENTES PARA INCENTIVAR EL
CUMPLIMIENTO DE METAS Y DE
ALINEAR SU TRABAJO CON LOS
OBJETIVOS GENERALES DE LA RED

En el caso de los hospitales, ya se ha mencionado que la decisión respecto de sus directivos es realizada desde un nivel superior a los Servicios de Salud, así como también la determinación de sus métodos de pago. Según Vergara (2014), dado que los Servicios de Salud no gestionan la red, tampoco se han instalado en los hospitales dichas competencias, como la gestión de listas de espera, de la referencia y contrareferencia de pacientes; el desarrollo, mantención y actualización de la cartera de servicios, entre otros. En la misma línea, el informe final de la llamada “Comisión Illanes” señala que, en parte, las listas de espera responden a “una clara incapacidad de modular la demanda, que excede a los hospitales y que compromete al denominado gestor de red, cuya gestión anticipativa se echa de menos” (Comisión Presidencial de Salud 2010: 59). A ello se suma que, la estructura vigente con base en los Servicios de Salud no permite otorgar mayor flexibilidad a los hospitales para articularse mediante carteras de servicios compartidas o soluciones integrales de salud mediante la asociación con otros establecimientos (por ejemplo, con los pertenecientes a la red de otro Servicio de Salud).

c) *Prestadores de salud: hospitales y centros de salud primaria con pocas atribuciones y poca responsabilidad por sus resultados*

En términos generales, tanto los directores de hospitales, como de centros de salud de atención primaria, tienen poca injerencia en la conducción de sus establecimientos. En general, tanto su presupuesto y en gran medida el uso de los recursos, como la gestión de sus recursos humanos viene determinada por entidades con un mayor grado de centralización. Ejemplos de ello son las negociaciones de los funcionarios de la salud que, en lugar de hacerse con sus instituciones -hospitales, consultorios o municipios- o con sus empleadores -los Servicios de Salud-, se llevan a cabo a nivel centralizado con el Minsal.

TANTO LOS DIRECTORES DE
HOSPITALES, COMO DE CENTROS
DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA,
TIENEN Poca INJERENCIA
EN LA CONDUCCIÓN DE SUS
ESTABLECIMIENTOS

Falta de atribuciones para gestionar adecuadamente. Los hospitales dependen de los Servicios de Salud, quienes, en conjunto con el Minsal, deciden sobre sus presupuestos y sobre su personal (Cuadro 2). En este último aspecto hay cargos de exclusiva confianza que incluso son decididos por entidades del gobierno central. Hay otros aspectos en los que derechamente las decisiones son tomadas por el Minsal, como lo referente a inversión en reposición y actualización de la infraestructura y equipamiento, atribución que se aloja en la Subsecretaría de Redes y que, según Vergara (2014), “desmaterializa en buena medida el incentivo que los hospitales podrían tener para cuidar de su capital y preocuparse de su mantención y rendimiento”. Otro ejemplo es la estructura o gobierno corporativo de los hospitales que, si bien difieren en cuanto a la cantidad de cargos sin que se entienda bien la razón, en general está estandarizada y no parece hacerse cargo adecuadamente de la coordinación de los temas médicos y administrativos.

CUADRO 2: ATRIBUCIONES DE LOS ESTABLECIMIENTOS AUTOGESTIONADOS EN RED (EAR).

1. Desarrollar el tipo de actividades asistenciales, complejidad técnica y especialidades que determine el director del Servicio de Salud respectivo, de acuerdo al marco que fije el Subsecretario de Redes Asistenciales en conformidad con los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la respectiva Red Asistencial;
2. Atender beneficiarios del Libro II de esta Ley y de la ley N° 16.744, que hayan sido referidos por alguno de los establecimientos de las Redes Asistenciales que correspondan, conforme a las normas que imparta el Subsecretario de Redes Asistenciales y el Servicio de Salud, y los casos de urgencia o emergencia, en el marco de la ley y los convenios correspondientes;
3. Mantener sistemas de información compatibles con los de la Red Asistencial correspondiente, los que serán determinados por el Subsecretario de Redes Asistenciales;
4. Entregar información estadística y de atención de pacientes que le sea solicitada, de acuerdo a sus competencias legales, por el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio de Salud, la Superintendencia de Salud, los establecimientos de la Red Asistencial correspondiente o alguna otra institución con atribuciones para solicitarla.

Fuente: Artículo 32 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005 del Ministerio de Salud.

En particular, en relación con los recursos humanos, se ha señalado (Vergara 2014, Butelman et al. 2014) que la limitación en cuanto a las decisiones respecto de sus dotaciones y la dificultad que tienen para definir salarios y así atraer profesionales médicos, especialmente en las áreas de mayor escasez, implica que: (i) se produce menos que el estándar, (ii) sobre-uso de horas extraordinarias, (iii) compra de servicios (subtítulo 22) y servicios profesionales, como anestesistas, turnos de urgencia y cuidado de pacientes críticos, lo que ha implicado que el personal a contrata se ha usado como válvula de escape ante fluctuaciones, y es el que resiente las consecuencias, (iv) se crean fundaciones a las que se les compran servicios de personal para ciertos procedimientos, (v) se reducen las camas críticas, y (vi) se contrata a honorarios (salarios mayores).

En esa misma línea, en el informe elaborado por la Comisión Presidencial de Salud (2010) se señala-

ba que el déficit de especialistas responde en parte a que los salarios son planos y bajos en cuanto a los del sector privado. Según los integrantes de dicha comisión, la presencia de los especialistas en los hospitales públicos se explica por razones de formación. Incluso este último aspecto -la posibilidad de formarse- sumado a la renta, para muchos no logran compensar el alto costo alternativo (lo que dejan de ganar en el sector privado) durante las jornadas de la tarde, por lo que su horario en el sector estatal se concentra en las mañanas. Ello genera ineficiencias importantes en la mitad del tiempo, puesto que, “todos los demás recursos hospitalarios en las tardes son relativamente excedentarios para los niveles de producción posibles sin médicos. Hay inflexibilidad en la aplicación de los modelos de contratación de horas semanales, lo que impide un uso racional del recurso profesional” (Comisión Presidencial de Salud 2010: 59-60). Dicha ineficiencia también responde a otras limitaciones como, por ejemplo,

la oposición al uso de la capacidad instalada ociosa de los hospitales como pensionados -uso de camas para atención de usuarios que no son de Fonasa (Vergara 2014).

El caso de la atención primaria no es muy diferente, dado que la asignación de los recursos (per cápita, programas específicos y aporte municipal) así como la dotación de personal es decidida en combinación por el Minsal y el Municipio (aunque en proporciones distintas en cada caso).

No hay responsables claros por los resultados.

Como contraparte a la falta de atribuciones, los directores de los centros de salud no se sienten totalmente responsables por los resultados financieros o de salud, ni por la calidad de la atención. Además, los sueldos tampoco son acordes a la responsabilidad que dicho cargo requiere. Si bien los sueldos del sector privado pueden no ser necesariamente una meta para el sector estatal, sí entregan un referente, encontrándose diferencias relevantes (Universidad Mayor 2009-2010). Atendida esta realidad, se debe revisar cuidadosamente cuáles son las remuneraciones apropiadas para los directores. Dado lo anterior, hay pocas personas que se sienten atraídas a asumir esa responsabilidad, particularmente, en los hospitales.

LOS DIRECTORES DE LOS CENTROS DE SALUD NO SE SIENTEN TOTALMENTE RESPONSABLES POR LOS RESULTADOS FINANCIEROS O DE SALUD, NI POR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Según el trabajo de la Universidad Mayor (2009-2010), estos cargos son menos atractivos que en el sector privado también porque: (i) el sistema público no contempla una oferta de beneficios no remuneracionales asociada al ejercicio de cargos críticos; (ii) la modalidad de concursos ADP no

asegura estabilidad ni desarrollo de carrera y; (iii) las desvinculaciones en el sector han tenido un comportamiento levemente superior al del resto de los cargos del sistema, y se ven agudizadas por los cambios de gobierno.

En la misma línea, el informe final de la llamada “Comisión Illanes” (Comisión Presidencial de Salud 2010) establecía en su diagnóstico que la institucionalidad y normativas actuales impedían contar con directores de hospitales adecuados. Ello debido a que: (i) las condiciones exigidas por el servicio civil resultan incumplibles, derivando en concursos declarados desiertos y altas vacancias; (ii) no se logró terminar con el “cuoteo político”; (iii) el sistema de gobierno corporativo no está pensado para entidades del tamaño de los hospitales (con su nivel de inversión, complejidad y diversidad de recursos humanos), ni para asegurar el cumplimiento de los objetivos sanitarios, sociales y económicos que se les fijan.

Finalmente, al no haber un responsable claro, no hay una rendición de cuentas ante los usuarios, ni existen respuestas o información clara en relación con los problemas que ellos experimentan en el diario vivir. Como fuese señalado por Vergara (2014: 35), “Estamos todavía lejos de que el ciudadano pueda conocer, por ejemplo, cómo avanza la lista de espera en que está aguardando”.

d) Fondo Nacional de Salud (Fonasa), asegurador que no asume riesgo financiero.

CUADRO 3: MARCO LEGAL DE FONASA

El Fondo Nacional de Salud es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Depende del Ministerio de Salud para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento y a sus políticas, normas y planes generales, según lo determine la ley.

Dentro de sus principales funciones están: (i) financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud, y a lo dispuesto en la ley, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios y (ii) financiar la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema. El financiamiento de las prestaciones podrá incluir el costo de reposición del capital.

El director del Fonasa será funcionario de la exclusiva confianza del Presidente de la República.

Fuente: Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2005 del Ministerio de Salud.

FONASA CUMPLE FUNCIONES QUE NO SON COMPATIBLES CON LAS DE UN SEGURO DE SALUD

Al revisar la ley (Cuadro 3) es posible notar que Fonasa cumple funciones que no son compatibles con las de un seguro de salud. Por una parte, debe financiar prestaciones de salud para sus beneficiarios y por otra parte, debe financiar a los hospitales estatales de manera independiente si realizan una atención a sus asegurados. Estas dos funciones entran en conflicto, puesto que otorgar prestaciones de salud de la mejor calidad posible y a un bajo costo, no siempre significa hacerlo desde prestadores estatales, sin embargo, por ley, Fonasa está obligado a financiarlos y, por tanto, a utilizar sus servicios. En este sentido es difícil que asuma “compromisos de aseguramiento explícito para sus afiliados y desempeñe funciones como la administración del riesgo, la intermediación y el control de costos” (Vergara 2014: 23).

Asimismo, la norma también señala (Cuadro 3) que Fonasa depende del Minsal en lo relativo a la supervigilancia y en cuanto a someterse a sus políticas, normas y planes generales, y que el cargo de director de esta entidad es de exclusiva confianza del Presidente de la República. Ello implica, que la capacidad de gestión de esta agencia se ve limitada por decisiones que se derivan de esta dependencia, como puede ser la limitación de destinar como máximo un 10% del presupuesto de la modalidad de atención institucional para compras al sector privado, o la determinación de métodos de pago predefinidos y estándares (per cápita para la atención primaria, pago por prestaciones valoradas e institucionales en hospitales), entre otros. Asimismo, esta dependencia diluye las responsabilidades entre diferentes entidades, por lo que no hay un responsable claro por resultados financieros (contención de costos) o sanitarios, ni por la calidad de la atención.

e) Superintendencia de Salud con atribuciones desequilibradas para fiscalizar al sector privado versus el estatal.

La Superintendencia de Salud es un organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios, que se relaciona con el Presidente de la República a través del Minsal. El nivel directivo de la Superintendencia (Superintendente e Intendentes) está afecto al Sistema de Alta Dirección Pública. En cuanto a sus atribuciones, la Superintendencia tiene dos grandes ámbitos de acción: fondos o seguros y prestadores. En el primero, debe supervigilar y controlar a las instituciones de salud previsional (Isapres) y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley en relación a las Garantías Explícitas en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen; en cuanto a Fonasa, supervigila y controla todas aquellas materias que tengan estricta relación con los derechos que tienen sus beneficiarios en las modalidades de atención institucional, de libre elección y lo que la ley establezca como Garantías Explícitas en Salud. En el segundo ámbito, la Superintendencia de Prestadores, supervigila a prestadores públicos y privados.

Aunque se aleja de los objetivos de este trabajo, los déficits en el desempeño de Fonasa, reflejados en la calidad de la atención que reciben sus usuarios, también tienen que ver con el trato que el asegurador estatal recibe por parte de los entes fiscalizadores (Superintendencia de Salud). En efecto, la Superintendencia de Salud solo puede fiscalizar a Fonasa en lo relativo a las Garantías Explícitas en Salud, junto con realizar la acreditación de prestadores y médicos. Otro factor que influiría es que el asegurador estatal se ha resistido a las fiscalizaciones de la Superintendencia (Banco Interamericano de Desarrollo 2014; Sánchez e Inostroza 2011). En relación a los prestadores, la Superintendencia de Salud vela por que se cumplan condiciones mínimas para la calidad, a nivel

de estructura, mediante la certificación. No existe en Chile una entidad que vele por la calidad de los servicios que se entregan en el sector estatal y privado.

LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD
SOLO PUEDE FISCALIZAR A
FONASA EN LO RELATIVO A LAS
GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

II.2 Financiamiento en los prestadores estatales de servicios de salud

En esta sección se busca evaluar los mecanismos de financiamiento de los servicios de salud estatales, entendidos como el mecanismo de compra mediante el cual, quien tiene los recursos los distribuye para producir servicios sanitarios (Perrot 2002) y por otra, en cómo se organiza la función de compra.

LA FORMA EN QUE SE FINANCIAN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD ESTATALES (O PRIVADOS) ES RELEVANTE PUESTO QUE PERMITE ALINEAR LOS INCENTIVOS ENTRE EL PAGADOR Y LOS PRESTADORES

La forma en que se financian los prestadores de servicios de salud estatales (o privados) es relevante puesto que permite alinear los incentivos entre el pagador y los prestadores, para cumplir objetivos, como contención de costos y eficiencia, aumentar los grados de respuesta a las necesidades y preferencias de los pacientes; la supervisión de los resultados en salud de la población; el manejo de las prioridades y la locación de recursos a través de los distintos niveles de servicio como, por ejemplo, entre servicios hospitalarios y de atención primaria para lograr integración de la atención (Savas et al. 1998, Robinson et al. 2006).

No se analizan en este apartado, aun cuando son aspectos importantes a evaluar, la suficiencia del monto global de financiamiento con que ha contado la provisión pública, ni se realiza un juicio respecto de si la proporción de ellos asignada a los distintos niveles de atención ha sido apropiada, ni los vínculos entre la compra pública y la privada.

Para ello, en primer lugar, se revisan los diferentes métodos de pago usados en salud, en cuanto a sus ventajas, desventajas y recomendaciones según lo indica la evidencia global. En segundo lugar, se describe la organización de la función de compra y los mecanismos de pago existentes en Chile y, finalmente, se analizan los dos últimos aspectos en base a su aporte en el cumplimiento de los objetivos de mejorar la eficiencia, calidad, equidad e integración de la atención.

II.2.1 Mecanismos de pago y su organización: algunas recomendaciones de la literatura

En la práctica, existen diversos mecanismos para financiar las prestaciones de salud y organizar su compra (quien está a cargo del financiamiento y como fluyen los pagos). Algunos de los mecanismos más comunes son: pago per cápita, pago por servicio (*fee-for-service*), pago por desempeño, pagos amarrados (*bundled payment*), *pay for success*, pago por presupuesto, entre otros. Algunas de las formas en que ésta se organiza, pueden encontrarse en casos “icónicos” como: los del Reino Unido (en los *Clinical Commissioning Groups*), Italia (Asociaciones Sanitarias Locales), España (Ciudades Autónomas, o los modelos de gestión Alzira), Finlandia (Organización de Municipalidades - SOTE), Suecia (*County Councils*) y Holanda (Ministerio de Salud, Aseguradores), presentando distintos niveles de descentralización y delegación de la función de compra (ver Anexo 1).

En la Tabla 4 se resume, en base la revisión de literatura, la definición, ventajas, desventajas y recomendaciones para cada uno de los métodos de pago revisados. Una de las conclusiones más relevantes de la revisión de la experiencia internacional en la aplicación de estos mecanismos, es que no existe un método de pago superior a los otros en todos los ámbitos, principalmente debido a la evidencia mixta que existe en torno a ellos, o a los resultados positivos, pero localizados.

NO EXISTE UN MÉTODO DE PAGO SUPERIOR A LOS OTROS EN TODOS LOS ÁMBITOS, PRINCIPALMENTE DEBIDO A LA EVIDENCIA MIXTA QUE HAY EN TORNO A ELLOS

Ello no obsta a que se puedan extraer algunas recomendaciones, por ejemplo, en cuanto a la puesta en marcha de estos mecanismos. Un aspecto compartido entre los pagos per cápita y amarrados (*bundled*) es que deben ser ajustados por el riesgo⁴ de la población a la cual se está financiando. Otro ejemplo es la aplicación del pago por desempeño donde si bien la evidencia es mixta, se sugiere que estos pagos vayan acompañados de una estrategia más amplia (que no solo contemple modificaciones a los mecanismos de pago) del sector salud que busque aumentar la calidad a nivel de los prestadores.

En cuanto al pago por la atención hospitalaria, la literatura (Ellis y McGuire 1986, Newhouse 1996, Busse et al 2011) recomienda contar con sistemas de pagos prospectivos mixtos, que permitan aumentar la eficiencia a través de métodos de competencia por comparación, pero que a la vez disminuyan los riesgos de selección de pacientes y prestaciones de parte de los seguros y proveedores. De la revisión de la evidencia europea es posible observar que cerca del 70-80% de los pagos a sus hospitales se realiza mediante el sistema de pagos por Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD) (ver Tabla 4) y la proporción restante vía presupuesto. Ello se justifica puesto que con el pago fijo se financiaría la investigación y docencia (cuando los recursos no provienen de las entidades formadoras) y eventualmente, una compensación por diferencias geográficas en costos o costos fijos específicos, entre otros (Busse et al. 2011).

En relación con la forma con que se organiza la función de compra (es decir, quienes se hacen cargo de la compra de servicios de salud), en el Anexo 1, se encuentra una revisión de algunos casos emblemáticos (Reino Unido, Italia, España, Finlandia, Suecia y Holanda). Algunas de las conclusiones que se pueden extraer de la revisión de los países son: (i) se ha buscado alinear los incentivos para mejorar la provisión de servicios mediante la descentralización de sus estructuras que se hacen cargo del financiamiento de la provisión de servicios y; (ii) se ha establecido inteligencia sanitaria a través de estructuras intermedias que se hacen responsables y deben rendir cuentas por los resultados sanitarios de la población que tienen a cargo. Es decir, un nivel intermedio en la organización del sector salud, es el que se hace cargo de organizar la red, diseñar las rutas sanitarias, establecer los contratos entre las partes y fijar los mecanismos de pago modernos, ya que es el nivel que tiene el conocimiento de la población en cuanto a su epidemiología y las necesidades que la aquejan. Estas estructuras intermedias se materializan en las SOTE (conjunto de municipalidades) para el caso de Finlandia, del modelo Alzira y de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) en España, los *Clinical Comissioning Groups* en Reino Unido, o en el caso de Holanda, el Ministerio de Salud y los seguros (Anexo 1).

EN OTROS PAÍSES SE UTILIZA INTELIGENCIA SANITARIA A TRAVÉS DE ESTRUCTURAS INTERMEDIAS QUE SE HACEN RESPONSABLES POR LOS RESULTADOS EN SALUD DE LA POBLACIÓN QUE TIENEN A CARGO

⁴ El ajuste de riesgo se refiere a la estimación del gasto en salud para cada persona según su riesgo. En general, el riesgo en salud depende de factores observables, como el sexo, la edad, ingresos y, especialmente, el estado de salud, entre otras, así como de variables no observables, que no se pueden por tanto utilizar para calcular el gasto esperado de cada persona.

Finalmente, una conclusión en torno al punto de encuentro entre los mecanismos de pago y la organización de la función de compra (flujos de pagos), es que la entidad pagadora debe contar con libertad para establecer mecanismos de pago adicionales que sirvan para potenciar mejoras puntuales. Un ejemplo, que busca potenciar la conti-

nuidad de la atención para pacientes crónicos, es el uso de pagos amarrados (*bundled*), que cubren la totalidad de servicios para una cierta enfermedad a través de distintos prestadores de salud. Otro ejemplo, que busca incentivar la mejora de resultados finales y de procesos, es el uso de pagos por desempeño, que premien mejoras en salud.

TABLA 4: MECANISMOS DE PAGO UTILIZADOS EN SALUD

Per cápita

Definición	Ventajas	Desventajas	Recomendaciones
Pago fijo por cada persona para todos los servicios del periodo.	1. Ahorros en el corto plazo. 2. Premio por reducir el costo total de tratamiento de la población. 3. Puede generar excedentes apropiables. 4. Potencia la inversión.	1. Premia resultados a nivel de poblacional. 2. Se enfoca más en el volumen que en el valor. 3. No incentiva calidad. 4. Se entregan menos servicios de los necesarios (derivaciones).	1. Pagos deben estar ajustados por riesgo (incluida morbilidad) 2. Excedentes deben ser apropiables.

Por desempeño

Definición	Ventajas	Desventajas	Recomendaciones
Pago derivado de mejoras en la calidad del servicio y resultados.	1. Alinear incentivos del que financia con los prestadores. 2. Bonos de desempeño pueden ser invertidos en mejorar la calidad. 3. Puede enfocarse en mejoras específicas.	1. Resultados en áreas específicas, como medicamentos, exámenes y salud oral. 2. Diseñar los pagos es difícil para afectar correctamente los incentivos y disminuir efectos adversos (selección de riesgos p. ej.)	1. Usar indicadores de proceso y resultados, de satisfacción de los pacientes, de calidad de infraestructura. 2. Pago uniforme entre prestadores. 3. Distribuir incentivos al nivel individual y de equipo. 4. Se sugiere como complemento a una estrategia más amplia de calidad.

Grupos relacionados de diagnóstico (GRD)

Definición	Ventajas	Desventajas	Recomendaciones
Pago en base a costo estimado para egresos hospitalarios de similar diagnóstico.	1. Desarrollo de mejores prácticas y guías clínicas. 2. Potencial en alinear objetivos entre prestador y médico. 3. Mejoras en eficiencia y contención de costos.	1. Requiere adaptación mayor de procesos administrativos e informática. 2. Requiere alto compromiso médico. 3. Puede generar upcoding. 4. Orientados a un servicio en particular y no un conjunto. 5. Algunas fallas en alinear incentivos de calidad y efectividad de los cuidados.	1. Implementación con pagos de tipo mixto: prospectivo y retrospectivo. Pago en base a GRD con techo presupuestario, presupuesto histórico en base a GRD. 2. En general, la proporción de pago vía GRD bordea el 70-80%. 3. Aporte basal para investigación/costos fijos, otros.

Por servicio (Fee-for-service)

Definición	Ventajas	Desventajas	Recomendaciones
Pago por servicio provisto.	1. Incentiva volumen de servicios. 2. Contiene derivaciones	1. No estimula calidad ni satisfacción de usuarios 2. No contiene costos. 3. No elimina ineficiencias, ni asigna las ganancias derivadas de los ahorros. 4. Orientados a un servicio en particular y no al conjunto. 5. Incentiva volumen, sobre lo óptimo.	1. Al incentivar el volumen, para casos como la cobertura de inmunizaciones, resulta beneficioso.

Bundled

Definición	Ventajas	Desventajas	Recomendaciones
Pago por el continuo de atención de una condición médica.	1. Aplicaciones en condiciones clínicas definidas. 2. Potencia atención multidisciplinaria integrada. 3. Traspasa rendición de cuentas a un equipo médico. 4. Reduce costos vía entendimiento (del prestador) de ellos sin sacrificar calidad.	1. Lleva riesgo actuarial a nivel individual, en lugar de analizar riesgo del grupo de pacientes. 2. Estimula búsqueda de prestadores especializados. 3. No se ha usado en aplicaciones generales. 4. No siempre los prestadores trabajarán juntos. 5. Difícil implementación ya que información sobre costos operacionales es escasa en la práctica.	1. Debe cubrir el total del cuidado requerido. 2. Debe ser contingente a los resultados. 3. Debe estar ajustado por riesgo (incluida morbilidad). 4. Debe proporcionar beneficio/margen de ganancia que motive eficacia y eficiencia. 5. Debe contar con mecanismos de stop loss para casos catastróficos.

For success

Definición	Ventajas	Desventajas	Recomendaciones
Financiamiento de retornos por inversión desde el Gobierno a privados, luego de comprobar resultados.	1. Ahorros a lo largo de un grupo de entidades públicas. 2. Basado en evidencia. 3. Se pueden desarrollar resultados intermedios para alentar la inversión. 4. Atrae preocupación por la salud y prevención en actores involucrados.	1. El riesgo financiero es alto en etapas iniciales. 2. Ahorros en el costo plazo son escasos, desalentando a inversionistas. 3. Lleva a elección de poblaciones más fáciles de tratar.	1. Flexibilidad cuando se construyen los proyectos. 2. Contar con una organización a nivel local puede ayudar como intermediario entre las partes interesadas. Habilidad para recolectar y evaluar data. 3. El contrato debe garantizar pagos de un fondo que trasciendan al gobierno de turno.

Presupuesto

Definición	Ventajas	Desventajas
Entrega de un monto específico de recursos para financiar toda la entrega de servicios de un prestador.	1. Con techo presupuestario efectivo, pueden contener costos. 2. Implementación administrativa simple.	1. Incentivos a prestar menos servicios. 2. Afecta la entrega de servicios de calidad. 3. Con presupuesto blando, pocos incentivos a la contención de costos. 4. Evidencia mixta de afectar eficiencia técnica. 5. Poca transparencia.

Fuente: Elaboración propia en base a James y Poulsen (2016), Porter y Kaplan (2016), Ministerio de Salud (2012b), Herck et al (2010), Ryan y Werner (2013), James (2012), Vega (2015), Riesco (2015), Ellis y McGuire (1986), Newhouse (1996), Busse et al (2011), Zuvekas y Cohen (2016), Galloway (2014), Paul et al (2014), Cornejo-Ovalle et al (2015), Milner (2016), Agency for Healthcare Research and Quality (2012), Jencks et al (2009), Greb et al (2006), Nolte et al (2016), Gosden et al (2000), Navathe et al (2017), Roland y Olesen (2016), Peckham y Wallace (2010), Tabrizi (2012), Laugesen y Glied (2011), Zeynep (2014), Kondo et al (2016), Lantz et al (2016).

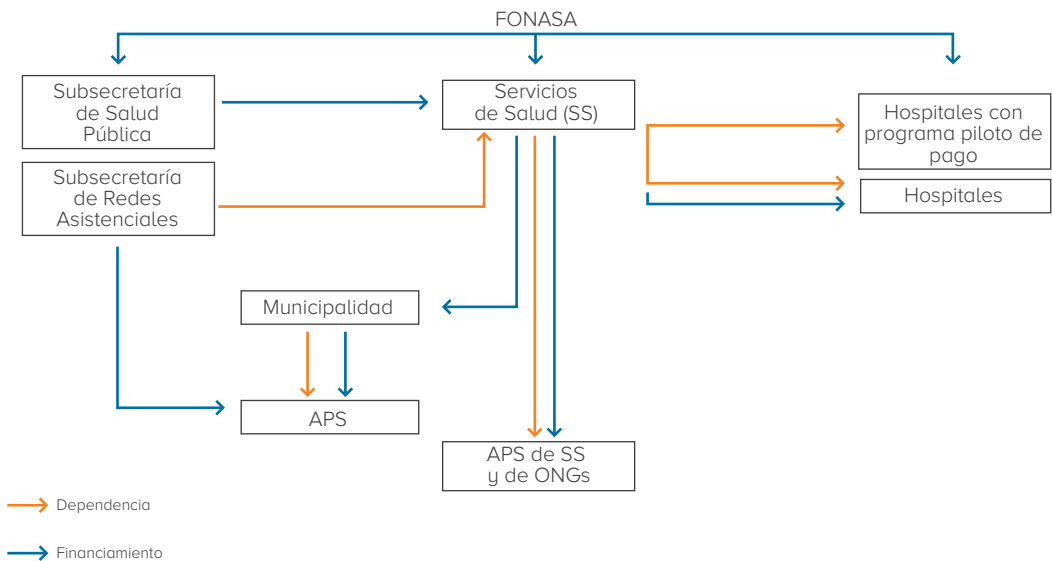
II.2.2 Organización de la función de compra y descripción de los mecanismos de pago existentes en Chile

En nuestro país, la organización del financiamiento a los prestadores estatales está altamente centralizada en los Ministerios de Salud y de Hacienda, y en Fonasa. En la Figura 6 se muestran los flujos entre las diferentes entidades relacionadas con el financiamiento de las prestaciones de salud y los prestadores, las que se explican más adelante en este documento. Si bien los mecanismos y montos de pago son definidos por el Minsal y el Ministerio de Hacienda, así como por ley, es Fonasa quien asigna los fondos. Los prin-

cipales métodos de pago canalizados por Fonasa son: el “Programa de Atención Primaria (APS)”, “Programa de Prestaciones Valoradas (PPV)” y el “Programa de Prestaciones Institucionales (PPI)”. El presupuesto de Fonasa del año 2017 (Ley de Presupuesto 2017), destinó M\$ 5.099.279.546 por concepto de los tres principales programas APS, PPV y PPI, en proporciones iguales a 30%, 32% y 39%, respectivamente.

LA ORGANIZACIÓN DEL FINANCIAMIENTO A LOS PRESTADORES ESTATALES ESTÁ ALTAMENTE CENTRALIZADA

FIGURA 6: ORGANIZACIÓN Y FLUJOS DE LOS PAGOS EN APS Y HOSPITALES

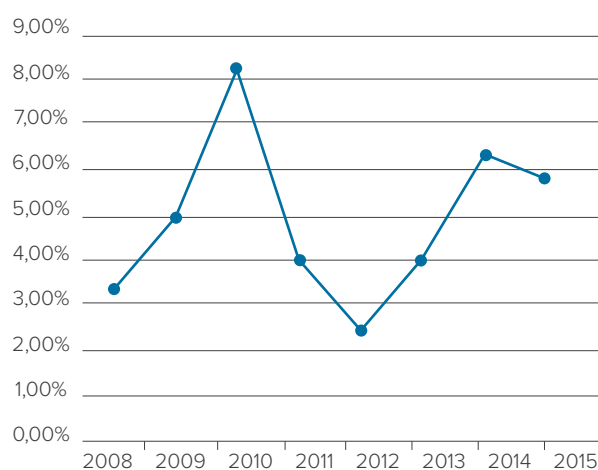


Nota: ONGs = Organizaciones no gubernamentales.
Fuente: Elaboración propia.

El Minsal también transfiere recursos a los prestadores mediante sus dos subsecretarías. La Subsecretaría de Salud Pública transfiere recursos a la Atención Primaria (APS) por Programas Especiales y a los Servicios de Salud. La Subsecretaría de Redes Asistenciales destina recursos a los Servicios de Salud y la Atención Primaria, vía el Programa Campaña de Invierno a los primeros, y para la asignación a los funcionarios asociada al mejoramiento de la calidad de trato al usuario a los segundos. Por su parte, el Ministerio de Hacienda, transfiere recursos en dos modalidades: una formal, relacionada con la inversión, y otra informal y variable año a año, relacionada con los aportes extraordinarios para suplir deuda, acortar listas de espera, entre otros.

Respecto a esto último, en la Figura 6, se puede ver que los aportes máximos se realizaron en el año 2010, luego descendieron hasta el año 2012, y de ahí en adelante, crecieron para luego descender levemente en el año 2015.

FIGURA 6: DIFERENCIA ENTRE LA BRECHA OPERACIONAL CON APORTES EXTRAORDINARIOS Y SIN APORTES



Fuente: Elaboración propia en base a Ahumada et al (2016)

En la estructura de financiamiento, el único grado de descentralización ocurre principalmente en la atención primaria, donde los municipios pueden destinar recursos propios a la salud.

A continuación, se realiza una revisión detallada de la composición de cada uno de los programas de financiamiento mencionados anteriormente, y de los mecanismos de pago que estos contienen.

Financiamiento de la APS: “Programa de Atención Primaria”

La APS en Chile cuenta con establecimientos que dependen principalmente de los municipios (95%) y una pequeña proporción a cargo de los Servicios de Salud (dentro de la cual algunos son manejados por Organizaciones No Gubernamentales). El monto para financiar la APS en su conjunto asciende a M\$ 1.524.667.712 en el año 2017, donde 87% se destina a la salud primaria municipal y 13% a la atención primaria dependiente de los Servicios de Salud (Ley de Presupuestos 2017). Los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud reciben una parte de sus recursos mediante un pago prospectivo por prestación y otra parte en base a presupuesto histórico.

Por su parte, los municipios reciben la mayoría de su presupuesto mediante un pago por persona, llamado pago per cápita⁵ (68%, del monto asignado por Programa de Atención Primaria a la salud municipal en 2015⁶). Sin embargo, las entidades de atención primaria que están a su cargo no necesariamente reciben el mismo monto por persona inscrita en cada consultorio o posta, puesto que el municipio puede redistribuir el presupuesto con otros criterios. Además de ello, los consulto-

⁵ El pago per cápita se hace usando como referencia una canasta de prestaciones conocida como “Plan de Salud Familiar” (que considera atenciones del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, de la mujer, atención odontológica, del ambiente y las garantías GES entregadas a nivel primario).

⁶ Subsecretaría de Redes Asistenciales 2015.

rios reciben: (i) un pago prospectivo por prestación para financiar programas ministeriales, (ii) un monto para cubrir los gastos originados por la aplicación de las Leyes N° 19.813, 20.157 y 20.2502, (iii) recursos para iniciativas extraordinarias de capacitación y perfeccionamiento de los funcionarios (M\$ 983.241) y (iv) aporte municipal en los casos en que las comunas suplementan con recursos propios los mencionados previamente.

LOS MUNICIPIOS RECIBEN LA MAYORÍA DE SU PRESUPUESTO MEDIANTE UN PAGO POR PERSONA, LLAMADO PAGO PER CÁPITA

La regulación de la estructura del mecanismo de pago per cápita (artículo 49 de la ley 19.378), establece que éste se asigna bajo siete criterios: (1) población potencialmente beneficiaria en la comuna (o un costo fijo en el caso de algunas comunas pequeñas⁷), (2) nivel socioeconómico, (3) edad (adultos mayores), (4) índice de ruralidad de la población (mayor a 30%), (5) dificultad para acceder a atenciones de salud, (6) dificultad para prestar atenciones de salud y (7) cantidad de prestaciones que efectivamente se realicen en los establecimientos (evaluación semestral) medidas por el Índice de Actividades de Atención Primaria de Salud (IAAPS). Las seis primeras otorgan beneficios positivos, y la última, genera rebajas en los aportes en hasta 12%.

De los recursos destinados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales (dos pagos por conceptos diferentes), los pagos vía el Programa Campaña de Invierno son entregados en forma de pago por servicios y aquellos a la Atención Primaria por mejoras en Trato Usuario, en un formato de pagos por desempeño⁸.

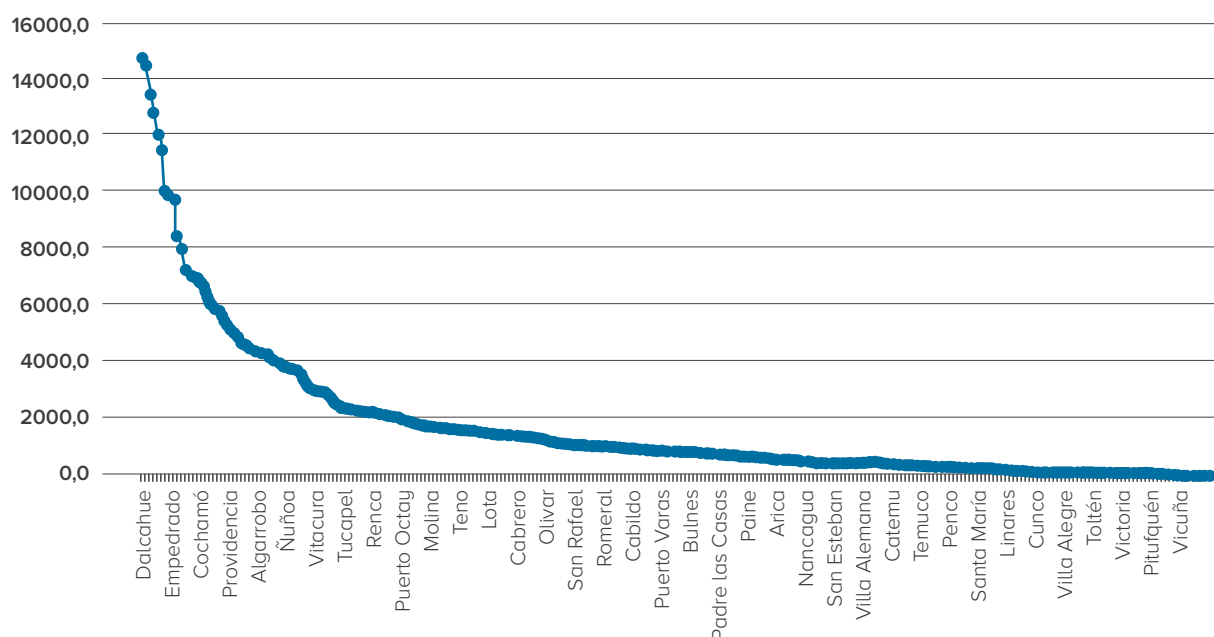
En cuanto a los aportes municipales, existe una gran heterogeneidad en el presupuesto de cada comuna, ya que la capacidad de entrega de recursos a salud de los municipios varía mucho entre ellos (Figura 7). Por ejemplo, según el Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM), en 2016, municipalidades como Dalcahue, Chonchi, Queilén, Las Condes y Calera de Tango, aportaron más del doble de lo recibido por concepto del per cápita con recursos propios. Estos aportes no parecen estar relacionados necesariamente con los ingresos de dichas comunas (aquellas con mayores ingresos son Las Condes, Santiago, Providencia, Maipú y Lo Barnechea). Sin embargo, en promedio, este aporte extra es de \$1.580.

LOS APORTES MUNICIPALES NO PARECEN ESTAR RELACIONADOS NECESARIAMENTE CON LOS INGRESOS DE DICHAS COMUNAS

⁷ Corresponden al 9% de las comunas con servicios y datos recepcionados, que representan el 0,6% de la población.

⁸ Pagos efectivos realizados por la Subsecretaría de Redes a los establecimientos de la APS municipal.

FIGURA 7: APOORTE MENSUAL PER CÁPITA MUNICIPAL AL SECTOR SALUD



Nota: Promedio de aporte igual a 1590. 288 comunas de 345 tienen datos validos y cuentan con servicios a su cargo. 212 comunas se encuentran bajo el promedio de aporte. Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal (2016).

Financiamiento de los hospitales

Los hospitales estatales reciben financiamiento mediante tres mecanismos: (i) uno prospectivo y variable, llamado Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), que es un pago por ciertas prestaciones previamente costeadas por Fonasa (las más frecuentes, las garantizadas por ley, las prestaciones complejas y de urgencias, camas críticas, entre otras (Velasco 2014)), (ii) uno retrospectivo en base al presupuesto histórico, llamado Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), para atender las necesidades no cubiertas por el PPV. Según la Ley de Presupuestos para el año 2017, el monto por estos dos conceptos que son asignados por Fonasa alcanzó los M\$ 3.574.611.834, donde 45% corresponde a PPV. Finalmente, (iii) se reciben aportes extraordinarios desde el Ministerio de Hacienda, que son variables y su objetivo es financiar las deudas hospitalarias e inversión.

EL FINANCIAMIENTO HOSPITALARIO NO CONSTITUYE EN LA PRÁCTICA UN PRESUPUESTO DURO, PUESTO QUE LOS ESTABLECIMIENTOS RECIBEN RECURSOS CUANDO SE GENERAN DEUDAS

En el año 2014 el PPV se desagregó en tres ítemes (Fonasa 2016): PPV a los Servicios de Salud (90%), Convenio de Compra de Prestaciones Médicas, y Bono AUGE. Por otra parte, la suma del PPV más el PPI no constituyen en la práctica un presupuesto duro, puesto que los establecimientos reciben financiamiento retrospectivo (por parte de los Servicios de Salud) cuando se generan deudas por parte de éstos (Barros y Aguilera 2013).

En cuanto al pago por PPI, este bordea un 40% del presupuesto total (APS, PPV y PPI) en el año 2017. No existe claridad en relación al criterio inicial de entrega de este pago, pero en la actualidad se relaciona con el gasto de años anteriores, es decir, considera la oferta pasada de los establecimientos, es decir, si un hospital reduce sus gastos, el año siguiente recibirá una menor cantidad, lo que no estimula la eficiencia.

Según se indica en Vega (2015), recientemente catorce hospitales (a ser expandido a 11 hospitales más) han sido incluidos en un piloto que implementó el pago por GRD. Los hospitales suscritos a GRD, mensualmente debían enviar los casos atendidos, y en base a ellos se harían las transferencias por el nuevo mecanismo⁹. Entre enero y mayo del año 2015 el pago por GRD significó cerca de \$147.000 millones.

El Ministerio de Hacienda, vía la Subsecretaría de Redes Asistenciales, asignó en el año 2017 un presupuesto igual a M\$ 349.316.570 para “Inversión Sectorial de Salud”¹⁰. Asimismo, los Servicios de Salud pueden comprometer un adicional de M\$ 57.630.270 (un 16% sobre la Inversión Sectorial de Salud), para gastos necesarios en ese mismo ítem. Relacionado también en algún grado con la inversión, se encuentran los dineros respectivos a la adquisición de activos no financieros, bajo el

subtítulo 29 de la ley de Presupuesto. Adicionalmente, en el transcurso del año existen aportes desde el Ministerio de Hacienda para el pago de asignaciones, bonos y reajustes, así como recursos extraordinarios para el pago de la deuda y reasignaciones presupuestarias. Todos los años se genera una brecha entre el gasto operacional y el total de recursos que recibe cada hospital que entre los años 2008 y 2015 fue alrededor de 3% con un máximo nivel de 3,7% en el año 2015. Sin los aportes extraordinarios, esta brecha hubiese llegado a un 9,5% en el año 2015, año en que dicho aporte alcanzó un máximo de \$177.929 millones (precios 2015) (Ahumada et al. 2016).

⁹ Las transferencias por concepto de GRD funcionan de la siguiente manera. En los hospitales dentro del piloto se lleva una contabilidad paralela que permite identificar las fuentes de gasto y su relación con los egresos hospitalarios (siguiendo la lógica de clasificación de diagnósticos por complejidad de los GRD). Luego, la proporción del gasto no pagada por conceptos tradicionales de presupuesto (PPI y PPV), es entregada en forma de pagos GRD.

¹⁰ La ley de presupuestos 2017, dicta que “Ministerio de Salud deberá informar a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos el listado de obras de inversión presupuestado por región, a nivel consolidado y por Servicios de Salud, y el cronograma de dichas inversiones para ejecutar en el 2017, especificando si son obras nuevas o de arrastre, si corresponden a obras de Atención Primaria, inversiones de reconstrucción post terremoto/maremoto de febrero de 2010, y otras, indicando además, si existe retardo o retraso en las fechas de comienzo o entrega de obras, si serán concesionadas o no, y el costo de cada obra”.

II.2.3 Análisis de la organización de la función de compra y de los mecanismos de pago a prestadores estatales en Chile

En este apartado se analizan los dos niveles de atención y sus correspondientes mecanismos de pago, juzgando si estos pueden responder a los objetivos mencionados por Savas et al. (1998) y Robinson et al. (2006), en relación a la injerencia de los pagos en: (a) que los establecimientos provean los servicios de manera eficiente; (b) que los servicios que entreguen sean de calidad; (c) que se promueva la equidad horizontal (igual prestación a igual necesidad) y; (d) que faciliten la instalación de modelos integrados que respondan a las nuevas necesidades de la población.

Diagnóstico del financiamiento de la APS

- a. **Eficiencia:** Como se mencionara, en la APS municipal el principal mecanismo de pago es el per cápita. Sin embargo, cerca de un 30% del presupuesto va por otras vías, lo que no incentiva a la eficiencia en la producción de todos los servicios, ya que categoriza la atención en dos (dependiendo del financiamiento que se entrega por otorgarla), priorizando ciertos servicios según tipo de pago (por ejemplo, cumplimiento de prestaciones bajo pagos ministeriales por servicio, sobre el paquete de prestaciones del Plan Familiar que cubre el per cápita).

CERCA DE UN 30% DEL PRESUPUESTO VA POR OTRAS VÍAS, LO QUE NO INCENTIVA A LA EFICIENCIA EN LA PRODUCCIÓN

El sistema de pago per cápita incentiva a los prestadores a disminuir los costos de tratar a la población beneficiaria, lo que sería beneficioso si ello no se realiza por la vía

de reducir la atención necesaria o de bajar la calidad de la misma. Sin embargo, dado que solo cubre la atención primaria (y no el total de servicios de la población), este mecanismo ha incentivado la disminución en el número de atenciones, favoreciendo la transferencia de casos complejos a otros niveles de atención (por ejemplo, manifestado en las listas de espera de especialidad, según se detalla más adelante) (Téllez 2006, Ministerio de Salud 2012b, Butelman et al. 2014, Subsecretaría de Redes Asistenciales 2016).

Lo anterior, sumado a que algunos municipios realizan aportes propios (si bien el 92% suple con recursos propios los déficits, en promedio estos aportes son del orden de 4% sobre los ingresos totales percibidos por la municipalidad, y de \$ 1590¹¹), genera presupuestos “blandos” (como en los hospitales). Ello porque cuando no alcanzan los recursos se suplen en una pequeña proporción por recursos municipales o las personas son derivadas a otros niveles de atención, sin que ello le genere un costo al que deriva. Actualmente, la brecha promedio de financiamiento estimada por el Minsal es de \$1.655 mensuales por persona en el año 2015, lo que representa casi un 40% del per cápita de aquel año igual a \$4.373. Castro (2006), concluye que el aporte per cápita favorece la ineficiencia, aunque muy débilmente. Sin embargo, cualquier evaluación de este mecanismo pasa por distinguir el impacto que produciría la insuficiencia del monto del per cápita en sí, de lo adecuado del mecanismo de pago.

¹¹ Sistema Nacional de Información Municipal (2016).

b. **Calidad:** Campbell (1975) define tres dimensiones de la calidad¹²: (i) resultados en salud -considerando que es difícil medirlos- (Donabedian 1988), (ii) uso de la mejor evidencia posible, (iii) uso en el momento y lugar adecuado. Otras dos dimensiones son: eficiencia o uso apropiado de recursos, que fue analizada en el punto a) y percepción del paciente (expectativas no médicas), crucial para mejorar indicadores de salud de interés para la población usuaria, cambiando el foco desde indicadores de salud generales a los de población específica o de pacientes (Porter y Kaplan 2016).

A nivel primario, el único vínculo de los pagos con la calidad -maximización de resultados en salud- es en el control vía Índice de Actividades de Atención Primaria de Salud (IAAPS) de algunas prestaciones. Este indicador busca medir las coberturas de diferentes prestaciones (examen de medicina preventiva, el control de embarazo, examen de diabetes Mellitus tipo 2 e hipertensión arterial primaria, entre otros) que si son incumplidas generan descuentos en el pago per cápita. Sin embargo, en primer lugar, estos descuentos son luego reintegrados, por lo que no es un instrumento efectivo. En segundo lugar, las metas propuestas no implican un desafío para los prestadores, ya que el promedio de cumplimiento es cerca de un 96% (Vargas 2013). En 2015, 242 de 275 comunas con aportes variables no recibieron rebajas en el componente general (que incluye indicadores de cobertura de acciones

preventivas, de oportunidad accesibilidad y equidad, resultados en procesos de intervención preventivas con enfoque de riesgo e indicadores de enfoque multidisciplinario/familiar), número que se eleva a 255 comunas sin rebajas en el componente de continuidad de atención, y que cierra en cero comunas con rebaja en el componente asociado a las Garantías Explícitas en Salud (Debrott 2015). En tercer lugar, el IAAPS evidencia la lejanía del mecanismo de pago per cápita con los objetivos de los pacientes y su estado de salud, enfocándose más bien en objetivos poblacionales (Porter y Kaplan 2016). Por último, el IAAPS (usados para monitorear los resultados y la calidad de los servicios) es un indicador altamente comprensivo, implicando una alta carga administrativa para los municipios, alejándolos del propósito de brindar atenciones de salud.

Finalmente, la única injerencia real de las personas en los mecanismos de pago es en

A NIVEL PRIMARIO, EL ÚNICO VÍNCULO DE LOS PAGOS CON LA CALIDAD -MAXIMIZACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD- ES EN EL CONTROL VÍA ÍNDICE DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

la APS, mediante un pequeño componente variable en el pago a los equipos médicos, que corresponde a un pago por desempeño colectivo (a partir del año 2002) y a otro por mejoras en trato usuario (a partir del año 2012). El primer adicional (pago por desempeño colectivo), agrega desde un 5,95% a un 11,9% a la remuneración, dependiendo del tramo de cumplimiento de las metas sanitarias y de mejoramiento de la atención a los usuarios, mientras

¹² Es necesario destacar, que exigirles a los mecanismos de pago la entrega de servicios de calidad tiene diversas dificultades. Un problema que surge es el de rol de doble agente que juegan los prestadores de salud (Blomqvist 1991). Por una parte, los pacientes delegan en ellos la responsabilidad de escoger el mejor conjunto de acciones destinadas a restablecer su salud. Por otra parte, el sistema de salud, ya sea el tercer pagador (seguro), o incluso otros actores dentro de una red asistencial, entregan una responsabilidad similar para que se hagan cargo de resolver determinados problemas de salud.

que el segundo adicional, depende de los resultados obtenidos en el proceso de evaluación del mejoramiento en trato usuario (Contraloría General de la República 2016). Por ejemplo, según el Estudio Nacional de Evaluación de Percepción del Trato Usuario en Establecimientos de Salud Municipal del Sistema Público de Salud (Escuela de Salud Pública 2013) entre los 1.899 establecimientos de APS consultados, el promedio en trato usuario fue de 6,4 (de un máximo de 7) siendo el puntaje mínimo de 4,5. Dado que todos los establecimientos superaron la nota 4,0, todos recibieron algún tipo de bonificación adicional. Si bien esto puede ser algo positivo, se evidencia que no es un mecanismo muy exigente, por lo que no logra generar incentivos correctos para los puntajes bajos, ya que, al existir pocos establecimientos con notas bajas, no sirve como mecanismo de referencia (media de percepción de trato usuario es elevada). Por otra parte, el que la ley obligue a establecer un ranking con tres tramos, tampoco permite que el sistema sea sensible a mejoras en la calidad del trato de un establecimiento, que podría hacer grandes esfuerzos de mejoras e igualmente quedar en el mismo tramo que en la evaluación previa. En el extremo, todos los establecimientos podrían estar ubicados muy cercanamente el máximo puntaje (7,0) y aún así un tercio de ellos tendría que quedar ubicados en el tramo inferior.

LA ÚNICA INJERENCIA REAL DE LAS PERSONAS EN LOS MECANISMOS DE PAGO ES MEDIANTE UN PEQUEÑO COMPONENTE VARIABLE POR TRATO USUARIO

c. **Equidad:** La equidad es un importante objetivo de política dentro del sector salud, en particular desde la perspectiva

del financiamiento (Kutzin 2013). Dentro de sus múltiples vertientes, nos referiremos en el contexto de los mecanismos de compra a la importancia de la equidad horizontal, entendida como igual respuesta del sistema de salud a igual necesidad en salud (Culyer 1995, Culyer 2015). Para satisfacer este propósito, dichos mecanismos deberían apuntar a maximizar el acceso (que la mayor cantidad de personas puede acceder a los servicios) asociado a garantías de calidad en virtud de una necesidad en salud determinada.

A la fecha existe un escaso desarrollo de mecanismos de pago que generen incentivos en esta dirección. Un ejemplo corresponde a los indexadores utilizados en el per cápita de atención primaria, el cual busca ajustar a nivel poblacional, según necesidad de la población, los pagos entregados a los prestadores. La principal crítica está en la capacidad de los indexadores de predecir adecuadamente las necesidades de salud a nivel poblacional, generando por tanto inequidad al entregar recursos que no se ajustan a las necesidades de cada persona. Una revisión de la evidencia realizada por el Ministerio de Salud (2012b), encuentra que se podría mejorar la fórmula de cálculo del pago per cápita incorporando la calificación Fonasa “A” de los beneficiarios e información referida a diagnósticos clave como los de enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión). También, en Santelices et al. (2014), se realiza un piloto en la atención primaria, en el que se incorporan grupos clínicos ajustados (ACG), que miden la carga de morbilidad de las poblaciones basándose en patrones de enfermedad, edad y género, para testear la distribución de recursos en aquel nivel. Los resultados muestran que este mecanismo ayudaría a una mejor asignación de los recursos acorde a las necesidades clínicas de los pacientes.

d. **Integración de la atención:** La estructura actual de pagos no cuenta con incentivos para la integración (búsqueda de respuestas integradas a problemas de salud), la que requiere altos niveles de coordinación entre prestadores, como puede ser el cuidado de sobrevivientes de cáncer, crónicos, entre otros.

LOS MECANISMOS (DE PAGO)
UTILIZADOS EN ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD FOMENTAN
LA DERIVACIÓN DE PACIENTES A
LOS NIVELES HOSPITALARIOS

Existen diversas formas de incentivar la atención integral. En Chile el foco está puesto en la atención primaria, como base de la atención en salud y como puerta de entrada, por lo que no sería insensato asumir que los incentivos a la integración deberían ser puestos en este nivel. Sin embargo, el sistema actual de financiamiento a la APS no favorece las soluciones integradas. Así, los mecanismos (de pago) de forma global utilizados en APS, al no tener un marco de presupuesto compartido con la atención hospitalaria, y el per cápita, por su parte, al no contener indexadores suficientes que puedan servir para controlar derivaciones o incentivar la coordinación con los hospitales (al no verse ligados con el pago a hospitales), fomenta la derivación de pacientes a los niveles hospitalarios. A lo anterior, se le puede sumar el hecho que sea un pago único, y no mixto con otros, tales como los pagos amarrados (*bundled*) que podrían coordinar la atención para algunas prestaciones críticas, como el cuidado de enfermos crónicos en un continuo de servicios.

Vergara (2015) propuso un fondo para comprar interconsultas de especialidad en base

a ciertos estándares que permitan a quienes obtengan márgenes por un buen manejo de las interconsultas, apropiarse de ellos.

Diagnóstico del financiamiento de los hospitales

a. **Eficiencia:** El financiamiento de prestaciones hospitalarias a través de PPV genera incentivos hacia el aumento de productividad solo en determinadas prestaciones, ya que no se ajusta a toda la actividad hospitalaria y además, promueve un bajo grado de eficiencia ya que no se ajusta a la complejidad de los casos resueltos (un caso complejo tiene el mismo pago que uno sencillo). En efecto, Santelices et al. (2013), mediante un análisis de eficiencia hospitalaria, encuentran que la razón PPV/PPI, si bien presenta un coeficiente positivo a la hora de explicar la eficiencia, resulta no significativo. Lenz y Sánchez (2016), han demostrado que los aumentos de la producción del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que se han logrado entre el año 2011 y 2015, responden en mayor medida a los aumentos de la dotación (3,6% promedio anual) que a aumentos de productividad. De allí que resultaría clave dinamizar la productividad, transitando a mecanismos de pago que guarden mayor relación con la producción de servicios y se adecuen a la actividad hospitalaria.

En cuanto al financiamiento por presupuesto (PPI), el hecho que en la práctica Fonasa

FINANCIAMIENTO POR
PRESUPUESTO GENERA DEMANDA
INSATISFECHA E INEFICIENCIA EN
EL USO DE LOS RECURSOS

regula los precios y define cantidades máximas de prestaciones (relacionadas con la oferta pasada) genera demanda insatisfe-

cha e ineficiencia en el uso de los recursos (Barros y Aguilera 2013). Las ineficiencias que surgen de este mecanismo de pago (Santelices et al. 2013), se manifiestan en algún grado, en la necesidad anual de realizar aportes extraordinarios para financiar el gasto sobre el presupuesto en salud por parte de Hacienda. Como fuese expuesto anteriormente, las brechas entre el gasto y el presupuesto sin aportes llegan a 9,5% en el año 2015. Sobre estos aportes, se puede decir que solo permiten posponer el problema, sumado a la subjetividad y variabilidad en su entrega, y no otorgan una solución definitiva a las brechas existentes (Ahumada et al 2016).

LA SEGMENTACIÓN DE LOS MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN NO DA ESPACIO PARA CUMPLIR OBJETIVOS DE EFICIENCIAS ASIGNATIVAS

En adición a lo anterior, cabe notar que el establecimiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES) a partir del año 2005 ha significado una transformación en el sistema, cuyos efectos es preciso analizar. Según ha señalado Lenz (2010), dado que dichas garantías definen en base a demanda cuánto se hace y cuánto hay que financiar, Fonasa ha perdido la capacidad de fijar las cantidades de producción a financiar, siendo las variables de ajuste la disminución en la producción de prestaciones no garantizadas, y el aumento de personas en listas de espera, como ya se advirtió antes de la implementación de la reforma (Arteaga 2004). De allí que el nuevo escenario de garantías explícitas obliga a revisar la fórmula tradicional de financiamiento, para que Fonasa y los Servicios de Salud tengan un rol más activo como gestores de demanda, de lo contrario, el sistema no resulta financieramente viable.

No obstante, los aspectos críticos comentados anteriormente, se han llevado a cabo esfuerzos para ir transitando del PPI-PPV, a un pago en base a GRD, el cual sí ajusta a la complejidad de casos. Con este tipo de financiamiento, se procede a clasificar a los diagnósticos (de egresos hospitalarios) en cuanto a severidad y consumo de recursos. Esto permite el seguimiento de los casos, entregando información para mejorar la eficiencia.

Finalmente, existe también una disociación de los mecanismos y vías de financiamiento para la inversión, reposición y mantenimiento que no permiten una gestión adecuada de los mismos. Por una parte, la decisión respecto de las necesidades de inversión en nueva infraestructura o remodelación de la existente son tomadas en el nivel central, entre los Ministerios de Salud y de Hacienda, lo que se traduce en que dichas decisiones no necesariamente siguen criterios técnicos, sino que más bien tienen que ver con los énfasis políticos de cada gobierno y las presiones de grupos específicos. Respecto a los recursos para mantención y reposición, al no considerarse dentro del financiamiento regular, sino que dependen de criterios que no están explícitos ni relacionados con el tamaño o volumen de atención de cada establecimiento, se traducen en un deterioro de la infraestructura, que luego debe ser paliado con recursos extraordinarios, lo que es decidido por el nivel central.

La segmentación de los mecanismos de financiamiento según nivel de atención no da espacio para cumplir objetivos de eficiencias asignativas (derivadas de compartir los riesgos en salud de los pacientes en una serie de prestadores y continuo de atención), entre otras deficiencias, lo que sí se podría lograr con mecanismos que financien este sector de manera más integral.

b. **Calidad:** la introducción gradual de GRD sirve como puntapié inicial para reformas que se orienten a la calidad y apunten a realizar compras basadas en la evidencia. Las ventajas de este mecanismo en cuanto a la calidad (por ejemplo, seguimiento de los tratamientos y realizar una clasificación de éstos, promoción de la creación de guías clínicas) y otros, se encuentran en la Tabla 4.

Otro elemento donde la función de compra puede cumplir un rol es que la entrega de prestaciones sea oportuna. Esto principalmente debido a que ciertas patologías pueden generar una disminución de la calidad de vida si no son atendidas a tiempo.

LA INTRODUCCIÓN GRADUAL
DE GRD SIRVE COMO PUNTAPIÉ
INICIAL PARA REFORMAS QUE SE
ORIENTEN A LA CALIDAD

Si bien las GES introdujeron ciertos tiempos límite mediante la garantía de oportunidad, de acuerdo al último informe del Minsal existirían en total 11.465 garantías no resueltas. En cuanto a las listas de espera por prestaciones que no cuentan con GES, a enero de 2017 las asociadas a consultas nuevas de especialidad registraron 1.602.150 personas en espera (siendo de 1.552.205 en el año 2015), y las asociadas a cirugías, 268.570 (240.536 en el año 2015) (Subsecretaría de Redes Asistenciales 2016, Subsecretaría de Redes Asistenciales 2017). Salvo la política de Bono AUGE (instrumento mediante el cual las personas de Fonasa pueden resolver su patología garantizada en los sistemas privados utilizando un bono para costear la atención), introducida en el año 2010, hoy en día existe un escaso rol desde la función de compra por lograr tiempos máximos de espera en un número más amplio de prestaciones de salud.

En efecto, un mecanismo comúnmente usado para incentivar a los centros de salud a reducir listas de espera es el pago por servicios (como en el caso del Bono AUGE). En principio, este método de pago, al estar orientado al volumen de servicios, sería adecuado para aumentar calidad medida como una reducción de las listas de espera. Sin embargo, este sistema por aquella misma razón no favorece el enfoque en la calidad para el paciente (reducción de complicaciones, de las visitas innecesarias al médico, entre otros).

c. **Equidad:** la introducción de pagos por GRD y los Grupos Clínicos Ajustados (ACG) en el caso de atención primaria, en los cuales existen experiencias piloto en Chile (Santelices et al. 2016), son un camino que Chile ha iniciado y que puede contribuir a la asignación más adecuada de los recursos. En dichos casos, al incorporarse criterios de complejidad de caso, se obtiene un proxy de necesidad en salud, sin embargo, no se ha vinculado a criterios de calidad de la respuesta (Vega 2015, Riesco 2015, Santelices 2015).

En conclusión, los actuales mecanismos de pago per cápita y por programas ministeriales (cerca del 30% del presupuesto), más aportes municipales en la APS, sin mayores ajustes desde 1994, y la mezcla entre presupuesto histórico (PPI) y PPV a nivel hospitalario, presentan varias deficiencias en su diseño.

II.3. Modelo de atención de los prestadores estatales de servicios de salud

El modelo de atención de salud en Chile declarado esta basado en la atención primaria, y comienza a implementarse formalmente desde el año 2005 (Ministerio de Salud 2005), según las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud en el contexto de la reforma de salud. Aunque desde el año 1993 se emitieron las primeras orientaciones (Ministerio de Salud 1993) para su instalación en la medida que los establecimientos pudieran hacerlo (en lo relativo a infraestructura, principalmente). El modelo se configura como un conjunto de acciones que promueven el cuidado en salud de alta calidad, en forma oportuna, resolutive, eficiente y efectiva dirigido a las personas, familias y comunidad de un territorio, que están relacionadas con los equipos de salud. El sistema de salud se organiza incorporando las necesidades de la población en toda la red de prestadores

EL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD EN CHILE DECLARADO ESTÁ BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

para garantizar el máximo de bienestar integral. Hay tres principios que estructuran este modelo y que luego se implementan en nueve ejes de acción (Cuadro 4). Estos principios deben orientar las acciones y decisiones de los equipos de atención primaria, en pos de garantizar una provisión de servicios de calidad (Ministerio de Salud 2013a):

- **Centralidad en las personas:** Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas. Esto implica desarrollar una relación entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas.

- **Continuidad de la atención:** Corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo.

- **Integralidad:** Es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.

Hasta el año 2016, de acuerdo al último instrumento de evaluación de la implementación del modelo (Ministerio de Salud 2017a), este se ejecuta en cerca de un 52% de los centros de atención primaria, lo que incluye los municipales, dependientes de Servicios de Salud, y otros administrados por terceros.

El modelo de atención que vincula la atención primaria con la atención hospitalaria escogido para Chile es el de Redes Integradas de Servicios de Salud. Este modelo configura una red de organizaciones que presta o hace arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (Organización Panamericana de la Salud 2008). En ese sentido, lo que pretende superar este modelo es la fragmentación de la prestación de servicios de salud, revirtiendo el modelo prestador hacia una organización que asegure continuidad de la atención.

CUADRO 4: LÍNEAS DE INTERVENCIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

1. Promoción de la salud: se materializa en la eficiencia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades.
2. Prevención en salud: aquellas acciones, procedimientos e intervenciones orientadas a la identificación de factores de riesgo de enfermedades y de esta forma facilitar una respuesta oportuna y pertinente para evitar o minimizar el daño en la salud.
3. Enfoque familiar: la familia influye en la promoción tanto de estilos de vida saludable como para tratar las enfermedades.
4. Participación de la comunidad en salud: una estrategia básica para la construcción de un sistema democrático, de ciudadanía y capital social, el logro del bienestar y la inclusión social mediante el empoderamiento y ejercicio de los derechos de las personas/comunidades.
5. Calidad: concepto multidimensional que plantea el desafío de hacer lo correcto a tiempo, desde la primera vez, mejorando siempre, innovando siempre y satisfaciendo al usuario.
6. Intersectorialidad y territorialidad: trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales e institucionales y organizaciones presentes en el territorio local.
7. Gestión del desarrollo de las personas y de la organización: se debe asegurar el desarrollo de las personas que integran los equipos de trabajo, es decir, facilitar el ejercicio de sus talentos profesionales y humanos al servicio de las personas.
8. Tecnología: cualquier dispositivo médico, procedimientos clínicos y/o procedimientos de gestión en salud que faciliten las atenciones a los usuarios y que permita ser utilizada en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o cuidados de las personas.
9. Centrado en atención abierta: todas las estrategias posibles, coordinaciones, articulaciones de la red para prevenir hospitalizaciones de la población a cargo, con especial énfasis en las personas más vulnerables sanitariamente.

Fuente: Ministerio de Salud (2013a).

No obstante, los resultados reportados hasta el momento hacen entender que esta estrategia de superación de la fragmentación aún está en proceso de consolidación, pero probablemente goza de una mejor situación que otros países de la región. De la revisión y análisis comparativo realizado por Bossert et al. (2014) para Costa Rica, Colombia, Ecuador, Brasil, México y Chile, cuyo objetivo era conocer el nivel de fragmentación de los respectivos sistemas de salud, se extrae que Chile se encuentra en niveles medios y bajos de

fragmentación al compararse con sus pares de América Latina. Los aspectos que Bossert et al. (2014) estudian para determinar los grados de fragmentación son: (i) organizaciones que ofrecen cobertura financiera o aseguramiento en salud Chile, (ii) presencia de mecanismos que comparten el financiamiento de salud de ciertos grupos de población con mayor daño, (iii) categorías para elegir prestaciones, (iv) beneficios que cada paquete de cobertura en salud entrega, (v) contribuciones financieras diferentes o niveles privilegia-

dos en el aseguramiento de salud, que permite acceder a prestaciones diferenciadas del resto, (vi) pagadores y mecanismos de pago a proveedores de salud).

Los principios que guían el presente trabajo se basan en poder entregar continuidad en los cuidados de salud para la población usuaria (especialmente quienes padecen enfermedades crónicas u otras que requieren seguimiento y participación de diferentes entidades y personal de la salud) y así también poder centrarlos en sus necesidades.

Las recomendaciones de la Organización Panamericana de la salud (2008), han puesto el énfasis en avanzar hacia modelos de atención integrada cuyos principios orientadores son la participación, intersectorialidad, respuesta a las necesidades de las personas, calidad, rendición de cuentas, justicia social y sustentabilidad. En este contexto, a continuación se analiza la prestación de servicio de salud estatales, caracterizándose las dificultades que se enfrentan al para poder dar respuesta a las necesidades de la población. Dicho análisis se divide en cuatro subsecciones: (i) atención primaria de salud, (ii) sistema hospitalario, (iii) sistema de Redes Integradas de Servicios de Salud y, (iv) sistemas de información.

LAS RECOMENDACIONES HAN ENFATIZADO EN AVANZAR HACIA MODELOS DE ATENCIÓN INTEGRADA

a. Atención primaria chilena

La atención primaria de salud chilena, a nivel mundial, ha sido líder en la estructuración de equipos multidisciplinarios, en la instalación de centros de salud con amplia distribución a lo largo del país y de diferente envergadura para otorgar prestaciones según las necesidades de las poblaciones

que abordan: postas rurales, centros comunitarios de salud familiar, centros de salud familiar, servicios de atención primaria de urgencia y servicios de alta resolutiveidad (Ministerio de Salud 2008). Asimismo, desde la década de los '90, Chile ha implementado con relativo éxito el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, descrito previamente (Ministerio de Salud 2013a).

No obstante, es posible identificar dificultades y desafíos relevantes para la atención primaria de salud en nuestro país:

Déficit de recursos humanos: en Chile, el envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica representan un reto cada vez más difícil de enfrentar para la atención primaria de salud, sobre todo en términos de recursos humanos. La oferta de médicos especializados en medicina familiar resulta crecientemente insuficiente para satisfacer la demanda por servicios curativos y de control de enfermedades crónicas en los centros de atención primaria en salud o cubrir la necesidad de establecer iniciativas de medicina preventiva.

Por otra parte, así como en muchos países de ingreso medio, existe una gran disparidad en la disponibilidad de personal médico especializado entre las grandes zonas metropolitanas y las poblaciones localizadas en regiones alejadas del centro o entre las municipalidades ricas y aquellas con pocos recursos financieros. Por ejemplo, según lo indicado por Guillou et al. (2011), en 2008 el 43% de los profesionales médicos del país se desempeñaban en el sector público y, de ellos, un 73% se desempeñaba en la zona central del país, correspondiente a las regiones de Valparaíso, Santiago, O'Higgins y Maule. Esta realidad configuraba un médico por cada 471 habitantes para la zona central versus un médico por cada 837 y 857 habitantes en las regiones Norte extremo y Sur extremo.

EL 43% DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS DEL PAÍS SE DESEMPEÑABAN EN EL SECTOR PÚBLICO Y, DE ELLOS, UN 73% LO HACÍA EN LA ZONA CENTRAL DEL PAÍS

Estos déficits (Ministerio de Salud 2013a, Bass 2015, Montero et al. 2010) hacen urgente la adopción de nuevas estrategias que permitan hacer un uso más eficiente de los recursos humanos disponibles en el sector salud.

Dificultad (falta de flexibilidad) para ajustar la cartera de servicios en torno a las necesidades locales de la población y las mejores prácticas. Buena parte de la asistencia se entrega a través de programas verticales, conocidos como Programas de Reforzamiento (Vega y Acosta 2014), que dificultan abordar la problemática de los pacientes desde una perspectiva que los ponga al centro, es decir, considerando su perfil de riesgo o de morbilidad más global. Esto reduce las posibilidades de priorización y ajuste de la cartera que se requieren para abordar los nuevos desafíos y mejorar el desempeño.

Tensión entre las prestaciones preventivas/promocionales y las curativas. En los últimos quince años es posible observar una tendencia hacia la mayor consulta en contextos de urgencia. Según los datos, la atención regular no logra satisfacer las necesidades de todas las personas con la oportunidad con la que demandan, por lo que algunos optan por la atención de urgencia (Henríquez y Velasco 2015). En general, la demanda por prestaciones de salud crece a medida que los países también crecen, sin embargo, la demanda por salud crece a un mayor ritmo, tensionando el uso de los recursos y relegando la ejecución de actividades preventivo-promocionales. Dado lo anterior, se ha dificultado la implementación del modelo de atención que combina la necesidad por prestaciones de salud agudas con las de ca-

rácter preventivo y promocional mediante un modelo de gestión que aborda la demanda y los recursos humanos y financieros, entre otros. Así los recursos crecientemente se han estado dirigiendo a satisfacer la demanda por lo curativo, observado por ejemplo, en el Plan de Inversiones para el sector salud para los años 2014-2018 (Ministerio de Salud 2017b), en donde la construcción de Hospitales y Servicios de Alta Resolutividad superan a la construcción de Centros de Salud Familiar y Centros Comunitarios de Salud Familiar (252 dispositivos proyectados con énfasis en lo curativo versus 200 dispositivos con énfasis declarado en promoción y prevención en salud).

LOS RECURSOS CRECIENTEMENTE SE HAN ESTADO DIRIGIENDO A SATISFACER LA DEMANDA POR LO CURATIVO

b. Atención hospitalaria

En la atención hospitalaria hay un importante volumen de prestaciones que son referidas desde el nivel primario, no siendo todas atendidas a tiempo, lo que se traduce en listas de espera tanto para atención ambulatoria de especialidades, como para cirugías con GES y sin GES. Ello se traduce en insatisfacción de la población y en potencial impacto sobre los resultados en salud.

Si bien esta situación en parte se explica por falta de recursos humanos (Torres-Quevedo 2016) y físicos, especialmente camas críticas (Gálvez et al. 2013), también hay falencias en la gestión, que impiden sacar un mejor provecho de los recursos con que sí se cuenta. Según Santelices et al. (2013), quienes miden y comparan la eficiencia de diferentes establecimientos hospitalarios estatales, existe un espacio importante de mejora dado que alrededor de 20% a 25% de su capacidad estaría ociosa. Un ejemplo son los pacientes dados de alta que no disponen de redes sociales o fami-

liares para poder dejar el hospital, por lo cual permanecen hospitalizados (camas socio-sanitarias), camas que son requeridas por enfermos agudos que no pueden ser atendidos. Otro ejemplo es la retención de pacientes a nivel secundario por falta de medicamentos en atención primaria.

LAS LISTAS DE ESPERA PARA ATENCIÓN AMBULATORIA DE ESPECIALIDADES Y PARA CIRUGÍAS, EN PARTE SE EXPLICAN POR FALENCIAS EN LA GESTIÓN

c. Integración de la atención

Desde la reforma de salud de la década que comienza el año 2000 se pueden observar distintas iniciativas que apuntan a mejorar la integración de las redes asistenciales de salud, como los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA), donde los actores que participan en una determinada red de salud disponen de un lugar de encuentro para coordinarse con el fin de mejorar el funcionamiento de la misma. El CIRA está liderado por el gestor de red representado por el/la directora/a del respectivo Servicio de Salud y participan representantes de las entidades administradoras de salud primaria, unidades hospitalarias y representantes de la comunidad usuaria.

La evaluación de los CIRA a seis años de su implementación ha sido positiva, habiéndose “constituido en una herramienta de integración funcional y un espacio valorado de diálogo, cooperación y aprendizaje por parte de los actores de las redes asistenciales públicas chilenas” (Artaza-Barrios et al. 2013: 650). Sin embargo, aún persistían desafíos para el ámbito de la gobernanza tales como el desarrollo de “facultades relacionadas con las inversiones en infraestructura, tecnología y recursos humanos, así como [las relacionadas] con las decisiones que corresponden a las asignaciones presupuestarias en la red” (Artaza-Barrios et al. 2013: 650)

Otro ejemplo es la instalación y desarrollo de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (Ministerio de Salud 2015). Las RISS (Cuadro 5) se plantearon como un modelo para superar la fragmentación de los servicios de salud a través de la optimización y garantía de acceso a servicios de salud, mejoramiento de la calidad técnica de los mismos y uso racional y eficiente de los recursos. Hoy en día, las RISS estructuran los Compromisos de Gestión entre los directores de Servicios de Salud y la Subsecretaría de Redes Asistenciales y comprometen la gestión de alta dirección pública de los primeros.

A pesar de los avances mencionados en relación con Latinoamérica (Bossert et al. 2014), existe aún un desafío importante de integración de los servicios. Actualmente en nuestro país ya se cuenta con mecanismos de comunicación informática, con población a cargo en atención primaria, gestión basada en resultados, indicación de trabajo intersectorial, etc. Sin embargo, persiste la necesidad de profundizar en todos los mecanismos antes descritos y avanzar en la mejora continua de aquellos. Un elemento crucial para la consecución de este objetivo es la necesidad de introducir el componente de población a cargo, tanto en atención secundaria como terciaria, lo que se podría constituir en una ventaja competitiva del sector público.

CUADRO 5: MODELO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

Este modelo se ejecuta a través de cuatro ámbitos con dimensiones a trabajar:

1. **Modelo asistencial:** identificación de población y territorio a cargo, conocido en sus preferencias y necesidades de salud; red de establecimientos con diferentes niveles de complejidad para enfrentar diferentes niveles de riesgo en la población; existencia de mecanismo de coordinación asistencial; y atenciones centradas en las personas.
2. **Gobernanza y estrategia:** un sistema de gobernanza único para la red; participación social amplia y acción intersectorial para enfrentar determinantes sociales de la salud.
3. **Organización y gestión:** gestión integrada entre los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico; recursos humanos disponibles y suficientes; sistema de información integrado; gestión basada en resultados.
4. **Asignación e incentivos:** financiamiento e incentivos alineados según las metas perseguidas.

Fuente: Ministerio de Salud (2015)

A PESAR DE LOS AVANCES MENCIONADOS EN RELACIÓN CON LATINOAMÉRICA, EXISTE AÚN UN DESAFÍO IMPORTANTE DE INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS

d. **Sistemas de información**

Los principales problemas detectados se presentan a continuación.

Desarticulación de la atención clínica. Los profesionales tratantes de cada evento de salud de una persona ven con dificultad la posibilidad de compartir la información clínica del paciente, lo que se ve agravado cuando el usuario utiliza indistintamente prestadores estatales y privados, puesto que no existe un sistema de registro de información único o que contemple la comunicación entre los que usa cada uno¹³.

Esto ocurre debido a que las unidades que conforman la red de atención en salud han estado operando de manera autónoma y desarticulada. Sin continuidad de la información clínica, cada vez que las personas entran en contacto con el sistema de salud producto de un nuevo episodio de enfermedad que genera la demanda por atención, pareciera que no hubiera un historial clínico detrás que permitiera al profesional/equipo tratante comprender la necesidad actual del paciente. La continuidad de la información clínica es clave para la calidad de la atención curativa y para hacer efectivas las complementariedades que pueden existir entre servicios médicos (Department of Health UK 2012, Peeling 2015). En este escenario, resulta dificultoso que el sistema de salud pueda ejercer como articulador y garante de la vigilancia, atención, y seguimiento de la salud de la población a cargo.

¹³ Situación que ocurre en mayor medida con las personas que se encuentran aseguradas con FONASA tramos C y D.

LOS PROFESIONALES TRATANTES VEN CON DIFICULTAD LA POSIBILIDAD DE COMPARTIR LA INFORMACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

Ciertamente, el no disponer de un historial clínico electrónico compartido, facilita la duplicidad de atenciones, de exámenes, de despachos de medicamentos, así como también la probabilidad de errores clínicos y la pérdida de oportunidades de tratamiento preventivo y oportuno, evitando complicaciones posteriores (Ministerio de Salud 2013b). Todo esto redundando en un uso ineficiente e ineficaz de ciertos recursos públicos.

Asimismo, el no contar con un historial clínico electrónico compartido rezaga la oportunidad de ejecutar prestaciones preventivas y enfrentar los retos epidemiológicos a nivel nacional, mediante acciones basadas en inteligencia sanitaria (análisis de la información para detectar patrones, focos, entre otros). El acceso al historial clínico permite detectar riesgos en salud y planificar prestaciones *ad hoc* a las necesidades de las personas y poblaciones, con el consecuente resguardo de la privacidad de las mismas. Así permite a la atención primaria adquirir un rol proactivo y no solo reactivo que resguarde la salud de la población bajo su cuidado y fortalezca la vigilancia epidemiológica de Chile (Ministerio de Salud 2013b).

Una estrategia nacional digital en salud fuera de foco. La estrategia digital en salud, plasmada en el documento Mapa de Ruta, Plan estratégico de TICS en Salud (Ministerio de Salud 2013b), reconoce el valor social y el valor económico de la fluidez de la información clínica dentro del sistema de salud, tanto desde la perspectiva de la salud de las personas como desde la perspectiva de la eficiencia en el uso de los recursos, respectivamente.

No obstante, la misma estrategia lejos de poner a las personas en el centro del sistema de infor-

mación clínica requerido, hace prevalecer una lógica presupuestaria y programática. En lugar de priorizar la continuidad de la información dentro del sistema, propone implementar sistemas de información más sofisticados pero específicos a cada nivel de atención que “idealmente” puedan conectarse unos con otros, por lo que, implícitamente, el garante de la continuidad de la información seguiría siendo la persona misma.

Un marco normativo que fomenta la desarticulación y la falta de mecanismos claros de transmisión de información clínica. De acuerdo al artículo 4° del reglamento oficial sobre fichas clínicas vigente en Chile, “deberá existir una ficha clínica de cada paciente que atiende el prestador” (Ministerio de Salud 2012c: 1). La ley requiere una ficha clínica por persona y por centro asistencial en lugar de solicitar que la información de la ficha clínica de cada persona sea compartida y accesible por otras instituciones y por el usuario. Así, se fundamenta en una lógica que pone la organización administrativa de los servicios de salud por encima del interés de las personas y no en una centrada en las personas.

LA ESTRATEGIA NACIONAL DIGITAL EN SALUD ESTÁ FUERA DE FOCO. EN LUGAR DE PRIORIZAR LA CONTINUIDAD DE LA INFORMACIÓN PROPONE IMPLEMENTAR SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESPECÍFICOS A CADA NIVEL DE ATENCIÓN

Adicionalmente, los instrumentos de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención son muy limitados en términos de la información transferida al siguiente nivel, ya que no incluyen más que el motivo de la derivación del paciente, sin compartir ninguna información adicional sobre su historial clínico.

Una consecuencia directa de esta normativa es que la propia persona termina transmitiendo la información clínica entre centros de atención y niveles de atención y a través del tiempo. Es evidente que el paciente no es el medio apropiado para transmitir correctamente la información clínica que lo concierne directamente, ya que podría no haber entendido completamente o no haber retenido con precisión todos los detalles. La información clínica de una persona debería fluir entre

los profesionales tratantes independientemente de la voluntad, el nivel de preparación y la memoria de las personas tratadas. En el Cuadro 6 se presenta un resumen de las fallencias del sistema de información.

EL PACIENTE NO ES EL MEDIO APROPIADO PARA TRANSMITIR CORRECTAMENTE LA INFORMACIÓN CLÍNICA

CUADRO 6: RESUMEN FALENCIAS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN QUE AFECTAN A LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y A CENTRAR LAS ATENCIONES EN LAS PERSONAS.

- Una red de centros de atención en salud no conectados entre sí no es una red. Tanto la calidad de la atención al paciente como la eficiencia en el uso de los recursos disponibles por el sector salud se ve mermada por la desconexión entre niveles y centros de atención en cuanto a que no existe un buen historial clínico de cada paciente ni acceso fácil a las fichas clínicas de otros prestadores y de otros niveles de atención de salud.
- Duplicidad, errores y tratamientos incompletos. La falta de continuidad del flujo de información clínica del paciente provoca duplicación de intervenciones y aumenta el riesgo de errores en su atención. Asimismo, el seguimiento por parte de los centros de atención primaria muchas veces no se realiza por inexistencia de notificaciones ante eventos de salud en niveles más complejos de atención.
- Falta de inteligencia sanitaria y de un rol activo de la APS por falta de información. Las tareas de atención preventiva, vigilancia epidemiológica y control de enfermedades crónico degenerativas en la APS, así como el asumir un rol activo en la salud de su población, se dificulta al no contar con información clínica.
- Avances en digitación son insuficientes por falta de conexión y acceso. Si bien las políticas existentes han avanzado en digitalizar la mayoría de la información médica generada en las consultas, estudios de laboratorios, estudios de imagen y radiología, partos, hospitalizaciones, decesos, entre otros, este esfuerzo no se ha acompañado con instrumentos que garanticen la continuidad del flujo de la información clínica generada y digitalizada entre niveles de atención. Por tanto, dicho esfuerzo no se traduce en un mejor y más eficiente cuidado del paciente.
- La estrategia digital en salud fuera de foco. Dicha estrategia sigue sin poner al paciente en el centro de la política digital nacional y no garantiza la continuidad del flujo de la información clínica del paciente.

Fuente: Elaboración propia.





III. PROPUESTAS PARA MODERNIZAR Y FORTALECER LA PRESTACIÓN ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD EN CHILE

III.1 / P. 62 / Rectoría y Gobernanza en la prestación estatal de servicios de salud.

III.2 / P. 71 / Organización del financiamiento y mecanismos de pago a prestadores estatales de servicios de salud.

III.3 / P. 76 / Modelo de atención en salud de los prestadores estatales.

III. PROPUESTAS PARA MODERNIZAR Y FORTALECER LA PRESTACIÓN ESTATAL DE SERVICIOS DE SALUD EN CHILE

III.1. Rectoría y Gobernanza en la prestación estatal de servicios de salud

Según el Banco Mundial, la gobernanza en el sector salud puede ser definida como “el amplio rango de funciones relativas a la dirección y diseño de reglas que desarrollan los gobiernos/tomadores de decisiones en la búsqueda por alcanzar los objetivos nacionales de la política de salud, que conducen a la cobertura universal. Es un proceso político que implica balancear influencias y demandas que compiten”¹⁴. En este documento, el foco está puesto en la forma organizacional y relaciones entre las instituciones involucradas en la provisión estatal de salud.

Los principios que guían esta propuesta se derivan del trabajo de Greer et al. (2016) referidos a los atributos mínimos deseados de una gobernanza adecuada, así como del mandato recibido por esta comisión:

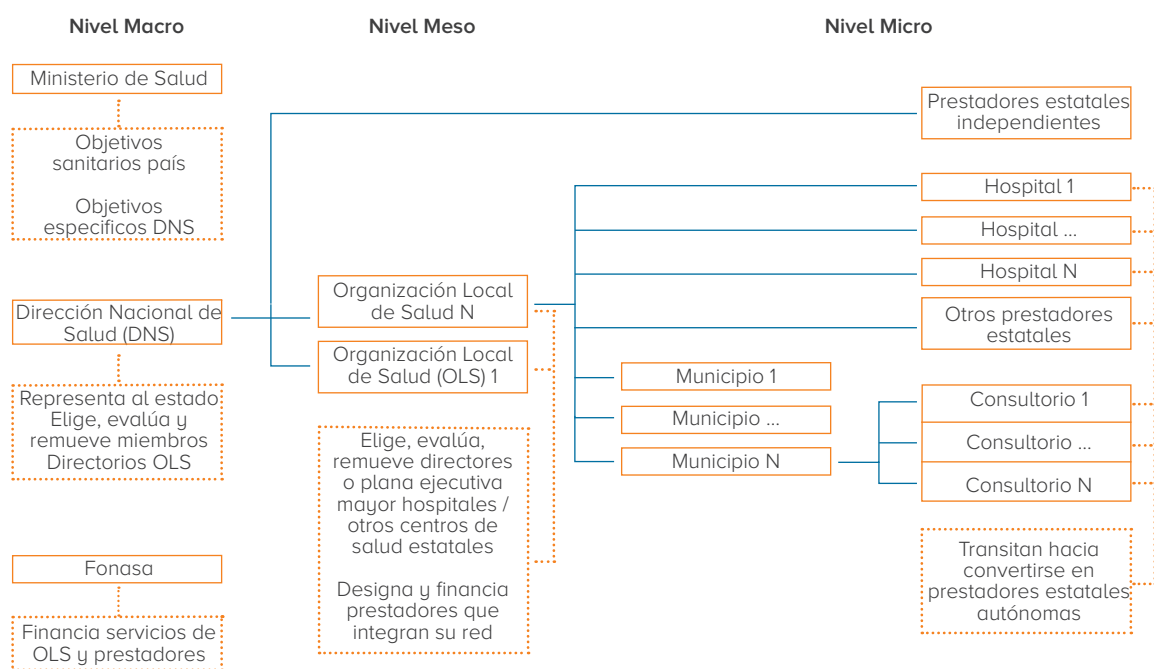
- Transparencia
- Rendición de cuentas con foco en el usuario
- Participación de los intereses afectados
- Elevar capacidades
- Integralidad
- Foco en resultados sanitarios
- Atención integral y continua

a. Esquema general propuesta rectoría y gobernanza provisión de servicios de salud estatales

Esta propuesta considera la creación de una Dirección Nacional de Salud, organismo técnico delegado e independiente del Minsal encargado de monitorear el desempeño de los prestadores de salud, velando por los intereses del Estado, principalmente en cuanto a resultados sanitarios (para lo cual el Minsal debe realizar una definición periódica –anual o mayor- de los resultados de salud esperados). Lo anterior siempre respetando los objetivos propios de cada prestador, así como los convenios de estos últimos con Fonasa. La Dirección Nacional de Salud se relacionará con las Organizaciones Locales de Salud (OLS) (nuevas entidades a cargo de los prestadores de salud estatales) o directamente con los prestadores estatales independientes (en un principio entidades de carácter nacional o que dependen directamente del Minsal, como se explica más adelante) mediante la elección, evaluación y remoción, de su directorio o de su plana ejecutiva superior (según corresponda). En la Figura 8 se muestra un esquema de esta nueva organización.

¹⁴ Disponible en <http://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/>

FIGURA 8: ORGANIZACIÓN DE LAS NUEVAS ENTIDADES DE SALUD



Fuente: Elaboración propia.

Nota: Este esquema no pretende ser comprensivo, más bien es un esquema general.

En el mediano plazo, la Dirección Nacional de Salud funcionaría de manera similar al Sistema de Empresas Públicas, sin perjuicio del fortalecimiento técnico que requiere esta institución (Anexo 2), velando por el cumplimiento de los intereses del Estado en los establecimientos de salud estatales, y respetando los propios de cada entidad, así como los contratos con los aseguradores. Las OLS estarían a cargo de organizar la red de prestadores estatales y tomarían ciertas decisiones referidas a la conformación de las planas directivas de aquellos establecimientos actualmente en manos de los Servicios de Salud, hasta que los que estén preparados se constituyan como empresas/corporaciones públicas (entidades autónomas) y así participen en igualdad de condiciones con los demás prestadores, como se plantea más adelante. Ello requiere que las OLS se constituyan como entidades flexibles, en orden a ir reduciendo su

tamaño a medida que su rol de administración y de apoyo a los prestadores vaya disminuyendo y los prestadores respondan directamente a la Dirección Nacional de Salud por su funcionamiento. De esta manera se establece una transición ordenada y paulatina en función de las capacidades locales que permiten que las entidades asuman sus nuevos roles y puedan adquirir mayor autonomía que se vea reflejada en mejores resultados sanitarios y sustentabilidad financiera.

Las OLS estarán a cargo de organizar una red de prestadores que deberá atender a determinada población beneficiaria de Fonasa, cumpliendo con las metas, condiciones y exigencias de dicho asegurador estatal, así como con los lineamientos de la Dirección Nacional y respetando los objetivos propios de cada prestador. Contarán con un directorio elegido por la Dirección Nacional de Salud

-en base al sistema de ADP- que aprobará las decisiones relevantes de la plana ejecutiva de cada OLS. Las OLS recibirán el financiamiento según sean los convenios con Fonasa y deberán determinar los mecanismos de pago a los prestadores que integran su red, recursos que se entregarán mediante convenios basados en los objetivos ya mencionados.

Asimismo, deberán apoyar el proceso de fortalecimiento de los prestadores de salud, entre otros, para diseñar y conformar directorios o niveles ejecutivos superiores, generar convenios con universidades, para definir políticas de financiamiento, de recursos humanos y de otro tipo. Lo anterior, porque se plantea que los hospitales y centros de salud (de envergadura y capacidades suficientes) transiten hacia su conversión en entidades autónomas, como corporaciones/empresas públicas (también se sugiere la figura de hospitales experimentales), las que podrán contar con directorios en caso de considerarse necesario. El objeto es dinamizar y modernizar su funcionamiento, lo que no obsta a que sigan formando parte de la red de prestadores definida por cada OLS y reciban financiamiento acorde con ello.

La propuesta también incluye fortalecer el rol de Fonasa como asegurador que vela porque sus beneficiarios reciban atención oportuna y de la mayor calidad posible, asumiendo riesgo financiero y traspasándolo a los prestadores. Ello requiere que su rol se acote al de un seguro, reorientando su objetivo como entidad que paga por los servicios que reciben sus beneficiarios, pero no es responsable de la gestión financiera de dichos prestadores. Como seguro, debe reunir y gestionar todos los recursos del Estado asociados al financiamiento de prestaciones de salud de sus beneficiarios, siendo así el único responsable por el buen uso de dichos recursos. Es necesario garantizar su carácter técnico e independencia del Estado, cambiando su gobierno corporativo, organización y atribuciones.

En lo que sigue se presentan en mayor detalle las propuestas para fortalecer la rectoría y gobernanza de la provisión estatal de servicios de salud en tres niveles. El primero es el nivel macro, que considera principalmente al Minsal, el Fonasa y la Superintendencia de Salud. El segundo es el nivel meso, donde actualmente se encuentran clasificados los Servicios de Salud, a cargo de la administración y coordinación de la red pública de prestadores de salud. Finalmente, el nivel micro considera los Departamentos y Direcciones de Administración Municipal de Salud, así como las instituciones que proveen salud directamente (hospitales, consultorios, postas).

b. **Propuestas nivel macro: Minsal, Fonasa y Superintendencia de Salud**

- **Finalizar el proceso de separación de la prestación de salud** respecto de la regulación de la misma, iniciado en la reforma de la década que comienza el año 2000. Considerando el carácter técnico que tiene la labor de prestación de servicios de salud, se busca otorgar mayor autonomía a las entidades encargadas de ésta, principalmente en relación con el Minsal (y en algunos casos de Hacienda).

Para ello se propone la creación de una Dirección Nacional de Salud, un organismo técnico del Estado, cuya principal misión es monitorear el desempeño de los prestadores de salud estatales, considerando los lineamientos relativos a resultados sanitarios establecidos por el Estado para sus establecimientos y respetando los objetivos propios de cada establecimiento de salud, así como los convenios entre los prestadores y Fonasa.

SE PROPONE LA CREACIÓN DE UNA DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD, UN ORGANISMO TÉCNICO DEL ESTADO, CUYA PRINCIPAL MISIÓN ES MONITOREAR EL DESEMPEÑO DE LOS PRESTADORES ESTATALES

Según sean los resultados del monitoreo, la Dirección Nacional de Salud toma decisiones respecto de la mantención o renovación de quienes están a cargo de la provisión, que pueden ser: (i) miembros de los directorios de las OLS, entidades a cargo de los prestadores; (ii) miembros de los directorios de los prestadores, como es el caso de hospitales y centros de salud que actualmente dependen directamente del Minsal y, como se propone más adelante, de los que se vayan transformado en entidades autónomas y; (iii) directores ejecutivos de las entidades prestadores, cuando no existen directorios y las entidades son independientes.

LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD DEBE SER COMPLETAMENTE INDEPENDIENTE DEL MINSAL Y FONASA

La Dirección Nacional de Salud debe ser completamente independiente del Minsal y Fonasa. Por ello se propone respecto de su conformación, designación, renovación y funcionamiento que:

- La integración y método de designación se realice mediante mecanismos que aseguren su independencia, capacidad técnica (considerando toma de decisiones en un ambiente con riesgo diversificado, con directorio multidisciplinario). Entre otros, se debe considerar la participación en el Sistema de Alta Dirección Pública, y eventualmente del Senado u otras entidades que aseguren dicha independencia¹⁵.
- La renovación de los integrantes sea intercalada y en periodos diferentes al presidencial.
- Las actas y resultados de las evaluaciones sean públicas.
- **Fonasa como un asegurador que vela por sus beneficiarios.** Fonasa es la organización que debería tener el mayor incentivo a velar porque sus usuarios reciban atención preventiva y curativa de calidad y oportunamente, en la medida en que no se le atribuyen otros objetivos que pudieran entrar en conflicto, y en la medida que asume el riesgo financiero de proveer de cuidados y prevención de salud a su población¹⁶. Cuando ello ocurre, Fonasa asume el riesgo y la responsabilidad por otorgar un servicio de calidad con los recursos disponi-

¹⁵ Como ejemplos se mencionó en la discusión la conformación y designación de los miembros del Consejo del Banco Central y del Consejo Nacional de Educación. Algunos aspectos de dichos mecanismos de elección y designación podrían ser estudiados para este caso. El primero tiene cinco integrantes. Cada uno de ellos es designado por un período de diez años. Cada dos años, el Presidente de la República, mediante decreto supremo expedido por el Ministerio de Hacienda, envía al Senado el nombre de quien considera que puede ocupar el cargo de Consejero que deja aquel que ha cumplido su período. El Senado lo somete a aprobación en sala y la designación se concreta si obtiene mayoría simple. Cada cinco años, el Presidente de la República designa directamente de entre los cinco integrantes del Consejo al Presidente del Banco Central. El Vicepresidente es elegido por los integrantes del Consejo, por un período de dos años o por el tiempo que le reste como Consejero.

El Consejo Nacional de Educación está integrado por:

- Un académico o profesional de reconocida trayectoria, designado por el Presidente de la República, que cumplirá las funciones de presidente del Consejo.
- Dos profesionales de la educación que ejerzan labores docentes en el ámbito municipal y particular, respectivamente, designados por el Presidente de la República, previa consulta, en el caso de al menos uno de ellos, a la organización gremial más representativa de los profesionales de la Educación.
- Cuatro académicos y/o profesionales de reconocido prestigio propuestos por el Presidente de la República para ser ratificados en el Senado por los dos tercios de los senadores en una sola votación, debiendo dos de ellos contar con un reconocido prestigio en el área de la educación parvularia, básica o media.
- Dos académicos, designados, uno por el Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas y otro elegido por los rectores de las universidades privadas autónomas acreditadas en reunión citada para ese efecto por el jefe de la División de Educación Superior del Ministerio de Educación.
- Un académico designado por los institutos profesionales y los centros de formación técnica acreditados, en reunión citada para ese efecto por el jefe de la División de Educación Superior del Ministerio de Educación.

¹⁶ Nótese que si la Dirección Nacional de Salud y las OLS tuviesen que velar también por este propósito podrían tener conflictos de intereses, toda vez que estarían evaluando su propia gestión. Es indudable que, por su naturaleza, les va a interesar atender bien a los usuarios, particularmente porque tienen que satisfacer los lineamientos que imponga la Estrategia Nacional de Salud, pero en esta tarea no tienen completa independencia de su propia actuación como proveedores.

bles, debiendo rendir cuentas por sus resultados. Para ello requiere contar con las capacidades y herramientas adecuadas. Se propone:

- Fonasa autónomo con un directorio que vele por los intereses de los usuarios y un director ejecutivo elegido por dicho directorio, en base al sistema ADP.
- Debe reunir y gestionar todos los recursos de salud que hoy se entregan por otras vías a los prestadores de salud y decidir cómo distribuirlos entre estos últimos, para asumir el riesgo financiero y, por tanto, responder por la salud de sus beneficiarios. Ello no obsta a que los prestadores estatales presionen al Minsal para recibir recursos, pero al menos establece

FONASA ASUME EL RIESGO Y LA RESPONSABILIDAD POR OTORGAR UN SERVICIO DE CALIDAD CON LOS RECURSOS DISPONIBLES, DEBIENDO RENDIR CUENTAS POR SUS RESULTADOS

funciones claras, y por tanto responsables definidos, en cada institución: Dirección Nacional, como entidad que responde por el funcionamiento de los prestadores, Fonasa, como institución que financia las necesidades de salud de los beneficiarios y, por tanto, debe comprar de manera inteligente en su nombre y el Minsal, como entidad rectora, reguladora y evaluadora del sistema en su conjunto.

- Lo anterior implica que debe poder diseñar las condiciones para que los prestadores de salud reciban los recursos y así obtener soluciones de salud para sus usuarios que sean costo-efectivas. Por ejemplo, estableciendo que, ante incumplimientos en la atención, se deba contratar a otros prestadores de salud. Asimismo, se deben eliminar las barreras en cuanto al tipo de prestadores que pueden participar (ello puede requerir una transición que vaya reduciendo paulatinamente los límites actuales). El objetivo debe ser siempre que el

paciente sea atendido oportunamente y con la mayor calidad posible.

- **Superintendencia de Salud:** ampliar atribuciones sobre Fonasa más allá de las prestaciones con GES y velar porque se cumplan las condiciones, acreditaciones, entre otros, de los prestadores sean estos estatales o privados. En esta línea debería avanzarse a lo que en el contexto internacional corresponde a una agencia para la calidad del sistema de salud, capaz de revisar evidencia, generar indicadores basados en proceso y resultados, y monitorear la calidad de los prestadores de salud. Se debe evaluar si este papel le corresponde a la Superintendencia o a otra institución.

- **Fortalecer rol rector del Minsal como rector y diseñador de políticas públicas** para todo el país. Al no tener que administrar la provisión estatal de salud, le permite concentrarse en sus roles principales de diseñador y evaluador de políticas públicas del sector, monitoreando los avances en base a indicadores que den cuenta del panorama de salud de todo el país, para lo cual debe:

- Establecer metas sanitarias relevantes para todo el país, para los prestadores estatales, cuyo cumplimiento en este último caso será monitoreado por la Dirección Nacional de Salud.
- Hacer cumplir exigencias actuales, como la trazabilidad.
- Secretarías Regionales Ministeriales (Sere-mis): focalizar y fortalecer rol regulador y rector (hoy no tiene capacidades).
- Velar adecuadamente por el cumplimiento de la planificación sanitaria, sobre la base de instrumentos de monitoreo del desempeño del sistema de salud en su conjunto y en particular en los ámbitos de indicadores sanitarios, de gestión y de productividad generales para todo el país.
- Desarrollar las funciones esenciales de salud pública (Cuadro 7).

CUADRO 7: FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

- Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
- Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
- Promoción de la salud y salud en todas las políticas (involucrando otras áreas)
- Participación de los ciudadanos en la salud
- Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de salud pública
- Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública
- Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios
- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
- Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva
- Investigación en salud pública
- Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2002).

• Otros:

- Ministerio de Hacienda: plan gradual para ir reduciendo injerencia en acciones de Servicios de Salud. Por ejemplo, cambios en glosa.
- Elección de intendentes: (i) actualmente las Seremi ejercen como Autoridad Sanitaria en cada región. Podría existir un conflicto en caso de que se otorguen atribuciones en este respecto a los gobiernos regionales, amenazando la unidad de las políticas y regulaciones sanitarias, (ii) estudiar la creación de una agencia de salud pública, al estilo de los CDC (*Centers for Diseases, Control and Prevention*) de los Estados Unidos, para mantener a los Seremi en un rol de Ministros del Gabinete Regional y, (iii) en el modelo propuesto se debe evitar que haya restricciones en la administración de prestadores y de las OLS relacionadas con los intendentes.

c. Propuestas en el nivel meso: Organizaciones Locales de Salud (OLS)

TRANSFORMAR A LOS SERVICIOS DE SALUD EN ORGANIZACIONES LOCALES DE SALUD QUE CUENTEN CON UN DIRECTORIO DE ALTAS CAPACIDADES

- Transformar a los Servicios de Salud en Organizaciones Locales de Salud (OLS). Su objetivo es organizar una red de prestadores que deberá atender a determinada población, cumpliendo con las metas, condiciones y exigencias de Fonasa. Su definición, organización y estructura deben ser flexibles y responder a los cambios futuros en cuanto a sus objetivos y magnitud de sus funciones, de la red administrada y de la población atendida. Se propone:

- Que cada OLS cuente con un directorio de altas capacidades. Este último deberá velar por el adecuado funcionamiento de la red y por el cumplimiento del contrato con Fonasa.
- Designación y remoción del directorio: Los integrantes son elegidos por la Dirección Nacional de Salud en base al sistema de ADP y removidos por la misma entidad en caso de incumplimiento de los contratos/convenios, de la Estrategia Nacional de Salud o gestión deficiente de su OLS.
- Atribuciones: (i) Elegir, evaluar, remunerar y remover al director ejecutivo de la OLS, en base a propuesta de ADP; (ii) Determinar contrato con el director ejecutivo que contiene metas (según las acordadas en el contrato con Fonasa y la Dirección Nacional de Salud), con foco en resultados y no tanto en procesos: sanitarias, de gestión financiera, satisfacción usuaria y cumplimiento de normativa en general (reunir en un solo instrumento y condensar indicadores actuales que provienen de diversas fuentes –Ministerio de Hacienda, Sanitarios de la década, compromisos de gobierno, del Minsal); (iii) Aprobar presupuesto y mecanismos de pago a prestadores.
- Que cada OLS cuente con un Director Ejecutivo cuyas funciones serían:
 - Definir prestadores que integran su red, en base a criterios geográficos, convenios con aseguradores, objetivos de la Dirección Nacional de Salud y de Fonasa¹⁷.
 - Definir mecanismo de financiamiento a prestadores de su red con aprobación del Consejo de su OLS.
 - Asegurar un adecuado cumplimiento de

los objetivos, metas y resultados de la OLS (atención de salud de sus usuarios) y tomar las medidas adecuadas en caso de incumplimientos por parte de los prestadores asociados a su red. Ello puede traducirse en cambios, reducción o término de contratos con algunos prestadores (lo que requiere que los establecimientos diversifiquen sus fuentes de financiamiento), inclusión de otros (por ejemplo, sistema de licitaciones periódicas sobre un grupo de prestadores privados) y acuerdos estratégicos con otras OLS.

- Apoyar proceso de fortalecimiento de prestadores de salud: apoyo temporal en elección de directores de los hospitales, en conformación de directorios u otros, en caso de ser necesario. Ajustes temporales de mecanismos de financiamiento (en el corto plazo podría ser necesario mantener una línea de inversión aparte). Asesoría/apoyo en establecimiento de convenios con universidades u otras entidades, en capacitación de personal, en definición de políticas de recursos humanos, financieras o de otro tipo, en entre otros.

LOS PRESTADORES DEBEN CONTAR CON LAS CAPACIDADES PARA PARTICIPAR DE ESTA RED, NEGOCIANDO LAS CONDICIONES Y PUDIENDO ADAPTARSE A LOS REQUERIMIENTOS

d. **Propuestas nivel micro: atención primaria municipal, hospitales y centros de referencia**

- Fortalecimientos capacidades prestadores. Para que las OLS puedan ejercer apropiadamente su rol en cuanto a conformar una red adecuada a las necesidades de los usuarios según sean las exigencias Fonasa, los prestadores deben poder también contar con las capacidades para participar de esta red, negociando las condiciones y pudiendo adaptarse

¹⁷ Al tener un rango de hospitales fijo, actualmente no se realiza un proceso de contratos selectivos. Cuando se insertan las OLS, estas pueden realizar contratos selectivos donde exista la capacidad de entregar soluciones de calidad (McNamara 2006).

a los requerimientos. Ello supone fortalecer su gobernanza y atribuciones, especialmente en el caso de los hospitales. Para ello se propone:

- **Transformar hospitales, centros de referencia y otros que dependen de los actuales Servicios de Salud en corporaciones/empresas del Estado/hospitales experimentales, que contarán con directorios en caso de ser necesario.**

- Directorios deben elegir al director/gerente general del hospital.

- Director/gerente general debe contar con atribuciones reales para gestionar sus recursos (humanos, financieros, médicos y de otro tipo). Ello implica ir eliminando restricciones en relación a las fuentes (y cantidad) de financiamiento, es decir contar con las atribuciones para prestar servicios a pacientes provenientes de otros seguros, en el contexto de un arreglo de seguridad social y realizar modificaciones a la estructura organizacional y al régimen laboral de sus trabajadores¹⁸, entre otros. Asimismo, deben poder realizar alianzas estratégicas con otros prestadores de salud para hacerse cargo de poblaciones.

Los cambios en cuanto a financiamiento y régimen laboral pueden realizarse gradualmente, por ejemplo, por zona geográfica o, solo para el personal nuevo, entre otros.

- Se sugiere una estructura organizacional para hospitales que contemple una gerencia general, con una subdirección médica (asociada a algún profesional con preparación en el área de salud) y una subdirección de administración y finanzas.

- Respecto a las formas de organización. Vergara (2014) propone régimen de empresas

del Estado, es decir: (i) Código del trabajo, (ii) Sindicatos permitidos, (iii) Dotación de personal ajustado a realidad de cada entidad (plantas actuales son fijas y sin lógica clara), (iv) Remuneraciones con más flexibilidad (hoy jefes de unidad/área son mal pagados y su desempeño es bajo) y, (v) Sistemas de gestión, contabilidad modernos. Se debe poder delegar lo que requiera necesario (ejemplo, que los jefes de servicio manejen presupuesto). Requiere auditorías, control externo. Una alternativa intermedia es transformarlos en establecimientos experimentales, que tienen por característica brindar mayor flexibilidad en cuanto al manejo de los recursos humanos y financieros. El año 2012 la Dirección de Presupuestos realizó un estudio sobre dichas entidades (metodología de Evaluación Comprehensiva del Gasto) concluyendo que han logrado una mejor coordinación y asignación de funciones entre las distintas unidades que los establecimientos autogestionados. El manejo de los recursos financieros también se evalúa de forma positiva. Respecto a los aspectos a mejorar se señala que requieren mayor coordinación con la red de prestadores estatales y que sus recursos humanos sean incorporados a las bonificaciones en remuneraciones aplicadas a los Servicios de Salud (Gerencia Salud Consultores 2012).

SE DEBE ANALIZAR LA
CONVENIENCIA DE MANTENER EL
ACTUAL RÉGIMEN LABORAL, ASÍ
COMO OTRAS RESTRICCIONES
LEGALES

¹⁸ Se señala que el Estatuto administrativo no debiera aplicarse en hospitales, puesto que está hecho para trabajos "de escritorio", no para un trabajo activo como es en hospitales. El derecho a huelga debería regularse para todos los servicios públicos, estableciendo las responsabilidades del Estado y los trabajadores en materias de negociación colectiva y de definición de los servicios esenciales que no pueden paralizar, al estilo de varios países europeos.

- **Centros de salud municipales:** Bajo el enfoque de población a cargo en el contexto de un territorio, los municipios deben poder negociar libremente con las OLS, y con otros actores (aseguradores y prestadores), en orden a hacer alianzas y administrar la población sobre la cual tienen responsabilidad sanitaria.

- Se debe analizar la conveniencia de mantener el actual régimen laboral, así como otras restricciones legales. Un ejemplo es el requisito de contar con Estatuto Administrativo para poder recibir los pagos per cápita en atención primaria, que acota la recepción de dichos recursos solo a las entidades municipales.
- En casos de resultados indeseados, gestión inadecuada, entre otras necesidades, podrán acordar entregar la administración de sus centros de salud a terceros. Esto se podrá realizar de manera permanente con contratos preestablecidos que determinen metas y precios de transacción.
- Podrán comprar servicios a otros prestadores si las capacidades de los centros se ven sobrepasadas por circunstancias sanitarias u otras y no se esté respondiendo a demandas de la población.

III.2. Organización del financiamiento y mecanismos de pago a prestadores estatales de servicios de salud

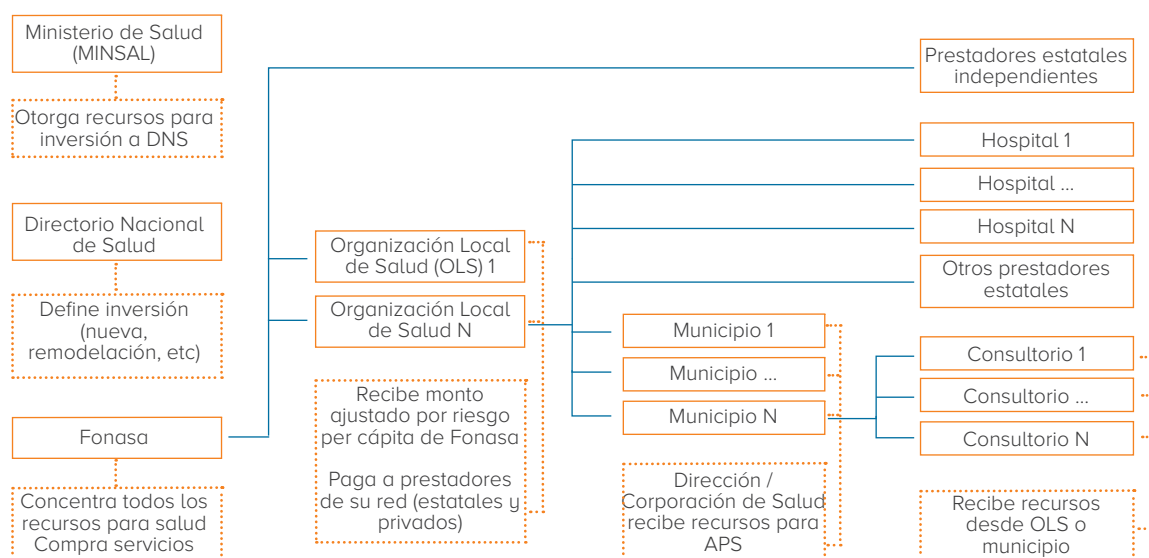
Al realizar el ejercicio de describir el estado actual del financiamiento de la prestación estatal de salud, se plantearon atributos referidos a la eficiencia, promoción de calidad, equidad, integración de la atención y rendición de cuentas que presenta la actual forma de financiamiento. En este documento, se plantean los cambios necesarios para alcanzar los objetivos expuestos en las preguntas.

La propuesta se divide en dos áreas: nueva organización para los flujos de pago y nuevos mecanismos de pago.

1. Organización de los flujos de pago

- **Fonasa como único financiador de prestaciones.** En la nueva estructura (Figura 9), Fonasa es el encargado de mancomunar todos los recursos aportados por los cotizantes y los fondos públicos cuyo objetivo sea otorgar prestaciones incluidas en el conjunto de servicios definido en un plan de seguridad social de salud.

FIGURA 9: ORGANIZACIÓN DE LOS FLUJOS DE PAGO



Fuente: Elaboración propia.

- **Fonasa compra atención integral (conjunto de servicios definido en un plan de seguridad social de salud) a las OLS.** En una primera etapa, Fonasa financia la atención integral de un conjunto de servicios asociados a la Modali-

dad de Atención Institucional¹⁹ a las OLS, que reemplazan a los Servicios de Salud y son las gestoras de la demanda a nivel local. Al ser la

¹⁹ Esto asume que Fonasa mantiene sus modalidades de atención.

OLS, quien se responsabiliza por la entrega de la totalidad de los servicios, se favorece la coordinación y continuidad en la entrega de la atención, así como el monitoreo de los pagos y trazabilidad de los recursos asignados.

Sin embargo, existen casos donde Fonasa compra directamente los servicios a los prestadores. Por ejemplo, a las que entregan servicios a más de una OLS (hospitales de referencia nacional, tales como el Instituto Nacional del Tórax, Neurocirugía, entre otros). No resulta eficiente esperar que los servicios altamente complejos que producen estos centros deban ser producidos al interior de cada OLS. Ello no obsta a que Fonasa defina mecanismos de pago desde las OLS en relación al volumen de casos derivados (por ejemplo, GRD). Estos centros también podrían recibir fondos basales.

Asimismo, toda la compra mediante la Modalidad de Libre Elección se mantiene en Fonasa²⁰.

- **Condiciones de entrega de los recursos por parte de Fonasa.** En cualquier caso, es fundamental que Fonasa establezca ciertas condiciones para la entrega de recursos (en relación a la contención de costos, cumplimiento de metas sanitarias, entre otros) ejerciendo así su rol de comprador inteligente de servicios para sus beneficiarios.

ES FUNDAMENTAL QUE FONASA ESTABLEZCA CIERTAS CONDICIONES PARA LA ENTREGA DE RECURSOS

- **Mecanismos de pago a las OLS.** Los objetivos centrales que se busca alcanzar con el método de financiamiento a las OLS es promover la coordinación-integración de la red asistencial, así como la eficiencia en el uso de los recursos, sin desmedro de la calidad. En el caso de la MAI, Fonasa entregaría a las OLS un pago per cápita ajustado definido en base al total de población asignada a cada OLS²¹ y a los servicios que se espera que provean. Este per cápita debería estar ajustado a las características demográficas, carga de morbilidad e indexadores que den cuenta de la inequidad en resultados en salud, como por ejemplo la diferencia en esperanza de vida poblacional, entre otros. Idealmente los ajustes debiesen ser estimados en base a modelos de regresión de gasto utilizando datos de nivel individual, o, de no ser posible, mediante un modelo de celdas.

FONASA ENTREGARÍA A LAS ORGANIZACIONES LOCALES DE SALUD UN PAGO PER CÁPITA AJUSTADO DEFINIDO EN BASE AL TOTAL DE POBLACIÓN ASIGNADA A CADA UNA

²⁰ Si bien el ámbito de este trabajo está acotado a los prestadores estatales, se sugiere para Fonasa avanzar en integrar la MLE de mejor manera con la MAI, utilizando para ello: (i) métodos de pago similares entre ambas modalidades o que los conecte, los que, a su vez, debieran ayudar en la contención de costos y; (ii) contratos o requisitos a los prestadores que quieran participar en la MLE que apunten a este objetivo, como, por ejemplo, que hagan uso de la ficha clínica única propuesta más adelante.

²¹ Hoy en día no existe una cápita ajustada para definir los presupuestos de los Servicios de Salud. Por tanto, la diferencia se da entre un cambio de presupuestos globales definidos con criterios históricos a pagos per cápita basados en las necesidades sanitarias de la población.

- **Responsabilidad por resultados sanitarios y financieros.** Las OLS organizan la red sanitaria ofreciendo un conjunto definido de servicios, que deben entregarse de manera coordinada a una determinada población. Así, cada OLS asume la responsabilidad por los resultados clínicos y financieros, en base a los lineamientos y objetivos que les corresponden (ver sección Rectoría y Gobernanza). Para ello, la OLS tendrá posibilidad de negociar los presupuestos y mecanismos de pago con los prestadores hospitalarios, incorporando principios de eficiencia y planificación sanitaria a este nivel. A modo de ejemplo, se espera que la OLS sea capaz de definir prestaciones que se beneficien de concentrar casos dentro de su red, generando economías de escala. Por otro lado, es posible decidir dejar de financiar ciertos servicios en algunos de sus centros si es que pueden producirse de manera más eficiente en otros. Además, en aquellas patologías que requieren de la intervención de distintos actores de la red asistencial, las OLS podrán diseñar rutas clínicas (define qué, quién, cuándo y dónde se atenderá un paciente a lo largo de su enfermedad²²) al interior de su red asistencial. Asimismo, la OLS contará con la autonomía para definir contratos con hospitales pertenecientes a otras OLS o a centros privados, ejerciendo una función de compra activa para mejorar los resultados sanitarios.

LA ORGANIZACIÓN LOCAL DE SALUD CONTARÁ CON LA AUTONOMÍA PARA DEFINIR CONTRATOS EJERCENDO UNA FUNCIÓN DE COMPRA ACTIVA PARA MEJORAR LOS RESULTADOS SANITARIOS

²² El objetivo es entregar la mejor atención para una enfermedad en particular, con el equipo médico más adecuado, beneficiándose de economías de escala y mejores prácticas.

- **Control del uso de recursos e injerencia real de la OLS (y el Fonasa) para organizar la red.**

Una tensión natural en cuanto al logro de los objetivos propuestos (red que entrega servicios de salud coordinados y de manera eficiente) se podría producir en la atención primaria municipal, puesto que, el mecanismo que tienen las OLS y Fonasa para injerir en la gestión de los servicios municipales es el establecimiento de convenios para la entrega de recursos. Si bien ello podría ser suficiente en sistemas con múltiples oferentes (puesto que, si los servicios financiados no son de calidad, se buscaría otro prestador), en los sectores de Chile donde no existen alternativas de oferta, se deben buscar otros mecanismos insertos en la lógica de responder a las necesidades de la población que vive en un territorio, como ha sido mencionado. Para esos casos, dado que la OLS, bajo la estructura jurídico-administrativa actual, no tiene atribuciones para intervenir en la gestión o gobierno corporativo de los municipios, se sugiere lo siguiente:

- Que la OLS financie directamente a los prestadores municipales (consultorios, postas), sin intermediación del municipio, siendo estos los responsables de su gestión financiera. La ventaja de este modelo es que, a diferencia de una propuesta donde los centros se independizan del municipio, estos últimos podrían seguir interesados en mejorar la prestación de dichos centros, otorgando recursos para este fin.
- Garantizar que los recursos transferidos para salud (per cápita) no puedan ser utilizados para otros fines a nivel municipal. La fiscalización del uso de los dineros recaerá en la OLS y la Contraloría.

- **Inversión en nueva infraestructura por Dirección Nacional de Salud.** Como se mencionó, los recursos para mantenimiento y reposición deberían ser incorporados en el financiamiento regular de los establecimientos. Sin embargo, las inversiones nuevas, ya sea de construcción

de nuevos establecimientos o de ampliaciones de los actuales, debieran ser manejadas a nivel central por la Dirección Nacional de Salud, quien deberá conseguir los recursos cuando apruebe la necesidad de realizar inversiones de este tipo, luego de análisis técnicos de la demanda futura, que sean bien sustentados. La construcción y licitación se puede externalizar.

2. Incorporación de nuevos mecanismos de pago

Del diagnóstico y la revisión de los distintos mecanismos, se entiende que no existe una solución única, o un mecanismo aislado, que pueda resolver los tópicos planteados en las preguntas del inicio, principalmente debido a la evidencia mixta que existe en torno a ellos (Anexo 1), o a los resultados positivos, pero localizados. Por esto, lo que se propone a continuación es, en primer lugar, mejorar los mecanismos existentes, respecto de su diseño inicial y, en segundo lugar, introducir nuevos mecanismos que suplan (en algunos casos) y complementen (en otros) a los ya existentes, evitando sus contraindicaciones. Lo anterior se traduce en las siguientes orientaciones más específicas:

- **Pago per cápita ajustado.** El mecanismo propuesto para la asignación de recursos desde la OLS a los consultorios es un per cápita ajustado por riesgo con datos individuales y que incluya índices de morbilidad. Esto presenta una mejora sustantiva a la asignación actual que realiza Fonasa bajo los siete criterios (ninguno de morbilidad) que se utilizan en la actualidad. El per cápita ajustado (Vargas y Poblete 2006, Raña et al 2007, Montero et al 2007, Vargas y Wasem 2006, Torche 2009), requiere identificar información a nivel individual de la población adscrita, y para su construcción requerirá un costeo de la actividad basal y el desarrollo de sistemas de información que lo permitan. Se espera que esta modalidad implique gradualmente también un incremento

en los recursos para suplir los actuales déficits. Pero avanzar en este camino es más efectivo si se tiene un modelo de financiamiento apropiado. En la transición a un modelo en el que los centros de APS puedan establecer contratos directamente con la OLS, se sugiere que cada departamento o corporación municipal sea la que reciba el dinero²³.

- **Fondo de prestaciones ambulatorias, para la compra de dichos servicios, con el objeto de promover integración y continuidad de la atención y control de costos.** Se propone crear un “fondo de prestaciones ambulatorias”, que constituye el presupuesto total de atenciones ambulatorias en la red asistencial. El fondo sería virtual y su monto estaría definido por la OLS. Los centros de atención primaria utilizarán dichos recursos para comprar prestaciones a los hospitales de la red o a centros de atención privada. Para generar incentivos a un buen uso de los recursos, se propone que los excedentes se puedan apropiar entre los prestadores o destinarse a proyectos de fortalecimiento de la red asistencial. Así, la atención primaria se haría cargo de gestionarlo, entendiendo que a este nivel es donde se tiene mayor grado de conocimiento de la realidad sanitaria de la población, y es donde existe mayor capacidad de manejar costos evitables en salud.

SE PROPONE CREAR UN
“FONDO DE PRESTACIONES
AMBULATORIAS”, QUE CONSTITUYE
EL PRESUPUESTO TOTAL DE
ATENCIÓNES AMBULATORIAS EN LA
RED ASISTENCIAL

²³ Actualmente, si bien existe uso exclusivo de los recursos asignados a salud, al no ir el per cápita a un fondo independiente de las arcas fiscales, no se puede vincular el per cápita a un conjunto de acciones específicas, lo que dificulta las tareas de monitoreo respecto al uso de esos recursos.

- **Mayor uso de pago por GRD en atención hospitalaria.** A nivel hospitalario, se propone aumentar sustantivamente la proporción de pagos que se realizan con GRD, que actualmente, reembolsa a catorce hospitales de la red pública, que entre enero y mayo del año 2015 significó cerca de \$147.000 millones (cerca de un 4% del total destinado para APS, PPV y PPI). El objetivo es alcanzar el 100% de las transferencias a estos centros vía GRD. Sin embargo, la literatura internacional, principalmente europea (Anexo 1), muestra que el pago vía GRD está, en general, entre 70% y 80% del total del presupuesto hospitalario, requiriéndose siempre mantener una porción de financiamiento basal. El porcentaje restante que no se paga vía GRD, sería financiado con un aporte basal, principalmente orientado a financiar investigación y docencia²⁴, así como para compensar por diferencias geográficas en costos, o para cubrir otros elementos de costo fijo. Asimismo, si los mecanismos de pago previos no lo incorporan en el financiamiento regular, también podría considerar recursos para reposición y mantención general y de la infraestructura de los establecimientos de salud, cuyo monto se relacione con el tamaño y nivel de depreciación de cada establecimiento. En la práctica, ello implica que los recursos que se entregan bajo el subtítulo 29 de la Ley de Presupuesto para estos fines, deberían ser recursos administrados por Fonasa, junto con el resto de los recursos que van por vías diferentes a Fonasa.

- **Financiamiento especial para centros de salud con características especiales.** Existen centros de salud (por ejemplo, Isla de Pascua) que, por sus características especiales (insularidad, aislamiento, entre otros) requieran una mayor proporción de financiamiento basal. El financiamiento de estos centros se realizará vía transferencias de la OLS, sin embargo, deberá ser considerado en la estimación del techo presupuestario a transferir desde Fonasa a la OLS respectiva.

EN OTROS PAISES, EL PAGO VÍA GRD ESTÁ ENTRE 70% Y 80% DEL TOTAL DEL PRESUPUESTO HOSPITALARIO

- Mecanismos de pago adicionales por parte de la OLS. Finalmente, la OLS, que es el gestor de la red, debe contar con grados de autonomía para fijar mecanismos de pago adicionales, como, por ejemplo, pago por desempeño o pagos amarrados. Algunos de los lineamientos que se deben tener en cuenta sobre estos tipos de pagos quedan detallados en la Tabla 4. De igual modo, el gestor de red debe contar con atribuciones para impulsar innovaciones, por ejemplo, aquellas tendientes a fomentar la integración de la atención en grupos de pacientes con condiciones crónicas, con el diseño de sus respectivos sistemas de pago (Greb et al 2006, Nolte et al 2016).

²⁴ Aunque ello podría también ser financiado directamente por las entidades formadoras.

III.3. Modelo de atención en salud de los prestadores estatales

Si bien la red de prestadores de servicios de salud estatales en Chile ha demostrado ser efectiva y resolutive en múltiples dimensiones sanitarias (reducción mortalidad materno-infantil), hay otros aspectos donde pareciera estar más débil. Las encuestas de percepción a usuarios muestran su insatisfacción en cuanto a los tiempos de espera, la falta de especialistas y la calidad de la atención, con foco en el trato que reciben (Superintendencia de Salud 2016). Ello concuerda con los datos respecto de listas de espera para cirugías y atención de especialidad. Existe una constante presión por mayor gasto, debido a una demanda creciente por prestaciones de salud, que responde a una población creciente, pero también a un nuevo perfil de los beneficiarios, más envejecidos, más informados, con mayor carga de enfermedades crónicas (cardiovasculares, cánceres, salud mental, entre otras), así como a la introducción de nuevas tecnologías más costosas.

Por lo tanto, es momento de abordar esta realidad, fortaleciendo los principios que creemos deberían guiar a esta red: centrada en las personas, resguardando la continuidad de la atención y la integralidad del abordaje de la salud poblacional. A nivel de discurso existe consenso alrededor de los elementos centrales que debiera tener una red que cumpla con estos principios²⁵, sin embargo, la implementación ha sido variable.

Esta red estatal de prestadores cuenta con ejemplos que demuestran que ello es posible, como es el caso de la integración de prestaciones de salud mental en la atención primaria y la incorporación de programas verticales de resolución de problemas de salud prevalentes (Jiménez y Romero 2007, Bossert y Leisewitz 2016), a pesar de las restricciones presupuestarias reconocidas en atención primaria y en el nivel hospitalario (Vergara y Martínez 2006).

A continuación, se proponen una serie de propuestas que apuntan a llevar a cabo dichos consensos. A saber:

1. Modelo de atención donde los cuidados estén centrados en las personas

Se busca adaptar la estructura, procesos, recursos humanos y la gestión a las necesidades de los beneficiarios. Dado que a lo largo de su vida las personas presentan múltiples necesidades de salud, se requieren acciones que vayan desde lo preventivo a lo curativo, de forma continua por persona o por evento, sin repeticiones, ni omisiones, con el objeto de satisfacerlas lo mejor posible, en el menor tiempo posible y al menor costo.

Chile cuenta con un gran activo en cuanto a la adaptación hacia las necesidades de las personas, que es una red de atención primaria extendida en todo el territorio nacional que favorece esta aproximación.

SE PROPONE UNA ESTRATEGIA DONDE SE MEJORE EL FLUJO DE LAS PERSONAS EN LA RED DE PRESTADORES ESTATALES, FACILITANDO EL CONTACTO CON LOS CENTROS DE SALUD Y HACIENDO MÁS EFICIENTE EL USO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES

Se propone una estrategia donde se mejore el flujo de las personas en la red de prestadores estatales, facilitando el contacto con los centros de salud y haciendo más eficiente el uso de los recursos disponibles. Esta incluye abordar tres aspectos centrales para fortalecer el enfoque de cuidados centrados en las personas en el sistema (Bergeson y Dean 2006, Shaller 2007, Epstein y Street 2011, Starfield 2011, Epstein et al. 2010, Davis et al. 2005, Vonderembse y Dobrykowski 2017): (i) La alfabetización funcional en salud de los usuarios, (ii) Los sistemas de información y (iii) El rediseño y reorganización de las funciones y roles en el centro de salud.

²⁵ Algunos de ellos descritos por Rifat Atun en la conferencia final del IV Congreso Chileno de Salud Pública <https://www.sli-deshare.net/Saludentodas/como-es-un-buen-sistema-de-salud>

a. Reforzamiento de la alfabetización funcional en salud

Un ámbito fundamental para profundizar en los cuidados centrados en las personas es conocer sus preocupaciones en relación a sus cuidados, involucrarlos intensamente en el diseño de los mismos, así como proveerles de la máxima cantidad de información y de herramientas de autocuidado con el fin de mejorar los resultados de salud de las personas (Bergeson y Dean 2006). Para ello es fundamental que los profesionales de salud sean receptivos y permitan desarrollar, en las personas que atienden, competencias y habilidades para el control de sus patologías, incluyendo la comprensión de las indicaciones clínicas que les permitirán abordar mejor su salud (Epstein y Street 2011).

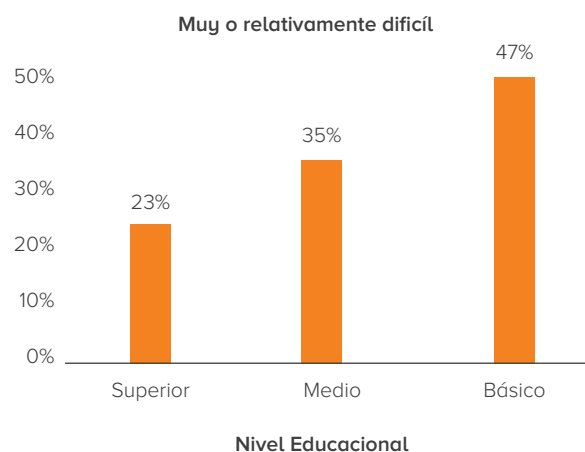
ES FUNDAMENTAL QUE LOS PROFESIONALES DE SALUD SEAN RECEPTIVOS Y PERMITAN DESARROLLAR, EN LAS PERSONAS QUE ATIENDEN, COMPETENCIAS Y HABILIDADES PARA EL CONTROL DE SUS PATOLOGÍAS

La alfabetización funcional se relaciona con la habilidad de leer y escribir textos básicos y comprenderlos, lo que permite participar mejor en sociedad y tener mejores resultados en salud (mayor educación en salud, en el uso de servicios preventivos y autocontrol de patologías) (Nutbeam 2008). Si bien el promedio de escolaridad en Chile es de alrededor de 11 años (Encuesta de Caracterización Socioeconómica 2015), esta cifra varía según el nivel socioeconómico, siendo de 8,5 años para el primer decil y de 15,2 para los deciles de mayores ingresos. La población atendida en las redes de prestadores de servicios de salud estatales proviene de hogares de niveles socioeconómicos medios y bajos, por lo que se debe aumentar

la sensibilidad de los profesionales con el tema, para que puedan mejorar la calidad de sus comunicaciones. Ellos tienen un rol fundamental en la educación en salud de sus pacientes, otorgándoles conocimientos que les permitan ser eficaces en el manejo de su salud, mejorar sus estilos de vida y las de sus familias y comunidades (Nutbeam 2008).

La “Encuesta sobre Alfabetismo Sanitario” del Instituto de Políticas Públicas en Salud de la Universidad San Sebastián en 2015 muestra que la dificultad para entender lo que le informa el personal de salud es mayor para quienes tienen menor nivel educativo. Así, 47% de quienes cuentan solo con educación básica indica que le es muy o relativamente difícil comprender, cifra que baja a 23% cuando se considera a aquellos con educación superior (Figura 10). Cuando se trata de la información de los folletos que acompañan a los medicamentos, los números son 44% y 30% respectivamente y en el caso de identificar las costumbres diarias que están relacionadas con su salud, de 29% y 12%, respectivamente.

FIGURA 10: PORCENTAJE DE PERSONAS QUE INDICA QUE LE ES MUY O RELATIVAMENTE DIFÍCIL ENTENDER LO QUE LE INFORMA EL PERSONAL DE LA SALUD.



Fuente: Universidad San Sebastián (2015)

La literatura propone algunas ideas (Kountz 2009, Lee et al. 2012) que se mencionan en el Cuadro 8, las que se sugiere incorporar complementando las guías clínicas basadas en las mejores prácticas evidenciadas y demostradas (D'Eath et al. 2012) y así convertirlas en protocolos para que se

apliquen en todo el rango de prestaciones otorgadas por la red.

Asimismo, se propone que estas ideas sean sugeridas como parte de la formación curricular de las carreras de la salud.

CUADRO 8: ALTERNATIVAS PARA MEJORAR LA ALFABETIZACIÓN FUNCIONAL EN SALUD

- Limitar la cantidad de información que se provee a las personas: los equipos de salud deben centrar sus mensajes en unos pocos puntos claros y deben repetirlos a lo largo de la consulta. Si es necesario reforzar otros puntos clave, es recomendable apoyarse de otros miembros del equipo de salud.
- Ejecutar consejerías a la medida de las personas atendidas: si se sabe de antemano el nivel de alfabetización de la persona atendida o se va descubriendo a lo largo de la consulta se debe ajustar la metodología empleada en ella para lograr que la persona atendida capture la información más importante.
- Hablar lento: para que así las personas atendidas procesen lo que se les está diciendo.
- Evitar el uso de jerga técnica: simplificar lo que se está diciendo para evitar malos entendidos. Usar palabras simples y frases estructuradas.
- Apoyar las consultas con material educativo e imágenes: ajustado a la escolaridad de la población atendida, la que varía según la ubicación geográfica del centro de salud. Una alternativa es incorporar a las personas de la comunidad usuaria en la elaboración de material educativo testeando así su capacidad de comprensión (Rifkin 2014).
- Método “Explíqueme Ud. qué entendió”: pedirle a la persona atendida que le haga un resumen o que le exponga lo que entendió al final de la consulta o de la visita en el hospital.
- Incentivar a que la persona atendida haga preguntas.

Fuente: elaboración propia en base a (Kountz 2009, Lee et al. 2012)

b. Creación de un sistema de transmisión de la información para la continuidad de la atención centrada en las personas

Mejorar la calidad de la atención y otorgar continuidad a la misma requiere poder registrar de manera eficiente el cúmulo de experiencias con el sistema de salud, puesto que permiten mayor

efectividad, eficiencia y calidad de la atención del próximo contacto. Esta información se estructura temporalmente para ir construyendo la historia clínica de las personas, asegurando la continuidad de la información en la atención en salud.

A nivel internacional, la sistematización única de la información médica de la población se ha plan-

teado como un objetivo deseable y eficiente (Organización Panamericana de la Salud 2011). Sin embargo, la digitalización y sistematización de la información médica electrónica es un proceso complicado que incluso en países desarrollados con más recursos disponibles como el Reino Unido ha tomado entre ocho y diez años (Choices NHS 2016, Tang y Leong Seng 2009).

En Chile, la digitalización de la información médica cuenta con un alto grado de penetración para la mayoría del tipo de interacciones que tienen los residentes de Chile con el sistema de salud (OCDE 2015) y, a diferencia de muchos países en desarrollo y desarrollados, se cuenta con un identificador único por persona (el RUN) que debería permitir unir las bases de datos a un bajo costo.

A nivel primario, desde hace aproximadamente quince años se ha realizado un importante esfuerzo para digitalizar los historiales médicos de los pacientes atendidos por los centros de atención primaria (De Saint Pierre y Rojas 2011) y, a nivel nacional, se disponen de diversas bases de datos generadas por distintas plataformas electrónicas en el sistema de salud, sustentadas por el Minsal. Sin embargo, las bases de datos mencionadas se basan en soportes informáticos independientes, lo que eleva el costo en tiempo de profesionales de la salud y administrativos que las completan. Se requiere ahora enfocar estos avances desde la metodología “tránsito de las personas” *patient journey* (Trebbles et al 2010, Ministerio de Salud 2013b), es decir, abordar su circulación entre los diferentes niveles de complejidad de la atención, desde la perspectiva de su necesidad clínica.

- **Historia clínica (ficha clínica) compartida:** Se propone entonces invertir en un mecanismo que permita compartir la información clínica de cada paciente, incluyendo la existente (diagnósticos, alergias, tratamientos recibidos, resultados de laboratorios e imagenología, inmunización, prestaciones con GES). Con ello se

desliga a las personas atendidas de la responsabilidad de ser el medio de información entre los diferentes niveles de atención.

SE PROPONE INVERTIR EN UN MECANISMO QUE PERMITA COMPARTIR LA INFORMACIÓN CLÍNICA DE CADA PACIENTE, ACCESIBLE TANTO PARA LAS PERSONAS ATENDIDAS COMO PARA CUALQUIER PROFESIONAL TRATANTE.

La ficha debe ser accesible tanto para las personas atendidas como para cualquier profesional tratante ubicado en cualquiera de los niveles y centros de atención y desde cualquier dispositivo basado en internet. Por cierto, la ficha debe contener elementos que permitan identificar a todos los miembros del equipo tratante y también contar con el consentimiento expreso del paciente para el acceso a su información de salud.

Respecto a la gestión de una historia clínica compartida, ésta debe quedar alojada en un lugar determinado, cuidando conservar la actual dependencia administrativa²⁶. Sin embargo, es necesario considerar que a futuro debiera incorporar información proveniente de prestadores privados, por lo que una gestión centralizada con presupuesto propio podría ser una alternativa viable para su implementación y sustentabilidad en el tiempo.

²⁶ Inicialmente podrían ser las Organizaciones Locales de Salud. Una alternativa sería una organización por macrozonas (agrupa varios Servicios de Salud), sin embargo, éstas no están constituidas legalmente, ni cuentan con respaldo presupuestario, sino que existen como unidad de coordinación.

- **Normativa:** En relación a la normativa de operación de las fichas clínicas en los centros de salud y con el fin de mejorar el flujo de la información clínica, se propone hacer obligatorio que (i) cada persona atendida en el sistema de salud chileno cuente con un resumen de su ficha clínica electrónica, (ii) ésta sea accesible para todos los médicos tratantes independientemente de su nivel de atención y (iii) cada egreso hospitalario que sea referido a atención primaria sea seguido de un aviso electrónico al centro de salud al cual pertenece la persona hospitalizada, con el fin de materializar los procedimientos de la contrarreferencia.

- **Confidencialidad:** La protección de la confidencialidad de la información clínica de las personas atendidas es fundamental. Actualmente, ya existen mecanismos que permiten ejecutar la protección de la información de las personas, los cuales están acordes a las exigencias legales relacionadas²⁷. En este ámbito se propone lo siguiente:

- Identificar la información de salud personal como una entidad distinta a otros tipos de información personal, como por ejemplo información comercial, socioeconómica, entre otras. Para ello debiera existir un cuerpo legal que resguarde la disponibilidad de este tipo de información.
- Dado que el RUN se utiliza también en otros ámbitos, la confidencialidad de la información de las personas se puede resguardar mediante el establecimiento de algoritmos que permitan ocultarlo²⁸.
- Sistemas de control de acceso a las fichas clínicas electrónicas, otorgando permisos diferenciados según sea el usuario y nivel de atención.

- En cuanto a los funcionarios que desarrollan actividades en el área de la gestión de la atención de salud, a ellos les asiste la misma obligación de reserva y no divulgación de la información que pudiera identificar a un individuo en particular.

LA PROTECCIÓN DE LA
CONFIDENCIALIDAD DE LA
INFORMACIÓN CLÍNICA DE
LAS PERSONAS ATENDIDAS ES
FUNDAMENTAL

c. Estratificación de riesgo

Muchas de las estrategias estandarizadas o en forma de “paquete de atención”, que frecuentemente se hacen operativas a través de los llamados programas verticales, tienden a generar como consecuencia una entrega poco personalizada a poblaciones con necesidades diferentes.

- **Uso de la estratificación de riesgo para mejorar efectividad y eficiencia y personalizar atención.** Se requiere identificar los subgrupos de pacientes que muestren un comportamiento similar, en términos clínicos y de consumo de recursos, para priorizar y adecuar las prestaciones, según complejidad. Las principales funcionalidades de este tipo de mecanismos son: (i) gestión del cuidado de la salud, lo que permite identificar la carga de morbilidad de los pacientes adscritos a un prestador de salud y segmentar las intervenciones según necesidades, haciendo más eficiente la aplicación de estrategias sanitarias individuales o de gru-

²⁷ Entre las exigencias legales vigentes está la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y la Ley 19.496 que establece normas sobre protección de los derechos de los consumidores.

²⁸ Una alternativa es crear un nuevo número único que identificara a cada persona atendida, como en el Reino Unido (Choices NHS 2016), que debe contar con todos los mecanismos de seguridad disponibles para que el acceso se asegure bajo ciertas condiciones establecidas previamente como reglas de negocio inviolables. Sin embargo, esta medida tiene la dificultad de que no permite cruzar la información de salud con información proveniente de otras fuentes, como por ejemplo de ingresos, que puede ser relevante a la hora de hacer inteligencia sanitaria, planificación y estudios de otro tipo.

pos, así como comparación entre prestadores (Vuik 2016) y; (ii) mecanismo de asignación financiera más eficiente, mediante la utilización de tecnología (software) que analiza los costos y/o recursos utilizados para la atención, lo que permite predecir los costos futuros y así planificar adecuadamente el uso de recursos (Ministerio de Salud 2012b).

SE REQUIERE IDENTIFICAR LOS SUBGRUPOS DE PACIENTES QUE MUESTREN UN COMPORTAMIENTO SIMILAR, EN TÉRMINOS CLÍNICOS Y DE CONSUMO DE RECURSOS, PARA PRIORIZAR Y ADECUAR LAS PRESTACIONES

Entre los modelos más conocidos se encuentran: *Diagnostic Cost Groups* (DxCG) Universidad de Boston, *Adjusted Clinical Groups* (ACGs) de la Universidad de John Hopkins, *Clinical Risk Groups* (CRGs) de 3M y *RxGroups* de DxCG. Sin embargo, hay una amplia variedad de aproximaciones que incluyen mayor cantidad de datos de salud e incluso sociales.

En Chile se han aplicado como método de pago a prestadores en forma piloto dos de estos sistemas, los ACG en un piloto ministerial en varios centros de salud primaria (Santelices et al. 2014) y los GRD en hospitales (Vega 2015).

2. Nueva configuración de roles dentro de los equipos de salud: delegación de tareas en base a competencias para la atención primaria de salud

Desde hace varias décadas existe un reconocimiento a la delegación de tareas entre miembros de equipos de salud de atención primaria, lo que ha permitido mejorar los resultados en los indicadores de salud poblacional y usar con mayor eficiencia los recursos humanos tanto en países de

ingreso bajo y medio como en países de ingreso alto situados en Asia, África y América (Joshi et al. 2014, Newhouse et al. 2011).

Lo anterior forma parte de lo que la literatura denomina *task shifting* o la delegación de tareas específicas en base a generación de competencias entre los trabajadores de la salud, desde un trabajador con alta calificación, generalmente un médico con alguna especialidad, hacia un trabajador con un menor nivel de capacitación y entrenamiento.

Con ello se repondera la asignación del tiempo del personal médico de acuerdo al grado de complejidad de los pacientes y su nivel de capacitación, dejando el tiempo del personal más calificado en los pacientes o intervenciones de mayor complejidad, incrementando la capacidad para brindar servicios tanto de alta como de baja complejidad a la población, sin por ello tener que sacrificar calidad de atención (Joshi et al. 2014, Stanik-Hutt et al. 2013, Fulton et al. 2011).

Una estrategia más amplia de reasignación de tareas en base a competencias permite innovar, por ejemplo, incorporando temporalmente a trabajadores de la comunidad para la realización de ciertas tareas para campañas de prevención o identificación de población de alto riesgo (Subramanian et al. 2009) siempre con capacitaciones adecuadas, de corta duración y costo. Lo anterior ha demostrado ser efectivo en incrementar la cobertura de poblaciones objetivo en la atención primaria (Subramanian et al. 2009, McCleery et al. 2014). Esto ya ha sido recogido por el Minsal, quien en conjunto con la Fundación EPES, publicó en 2016 una guía de apoyo para la incorporación de agentes comunitarios en los Centros Comunitarios de Salud Familiar (EPES-DIVAP 2016).

La evidencia internacional obtenida de experiencias en distintos países de ingreso medio y economías emergentes sugiere que dicha estrategia no solo es costo-efectiva (Organización Mundial

de la Salud 2006, Buttorff et al. 2012), sino que permite mejorar el acceso a los servicios de salud y los indicadores de salud de la población. Específicamente, en el contexto de la atención primaria en salud, se encuentra que la transmisión de tareas en base a competencias, acompañada de una apropiada reestructuración del trabajo dentro del equipo de atención, puede mejorar significativamente los resultados de salud de la población atendida cuando las tareas delegadas son específicas o para la detección y el manejo específico de enfermedades crónico degenerativas no transmisibles (Joshi et al. 2014, Fulton et al. 2011, McCleery et al. 2014). En el Cuadro 9 se presenta una breve síntesis del caso de la enfermería de práctica avanzada, donde se destaca la importancia de que existan mecanismos claros de referencia hacia el médico para los casos de mayor complejidad y protocolos definidos para el cuidado de enfermedades que se enseñan durante el periodo de capacitación (Newhouse et al. 2011, Stanik-Hutt et al. 2013, McCleery et al. 2014, Shaw et al. 2013, Bodenheimer y Bauer 2016).

Existen ciertos factores clave para la delegación de tareas en base a competencias, como la capacitación del personal médico y la provisión de algoritmos y protocolos, en particular para la detección y el tratamiento de enfermedades. Dentro de las barreras están las restricciones en la prescripción de medicamentos y la disponibilidad de los mismos (Joshi et al. 2014).

Incluso dentro de la atención hospitalaria parecen existir potenciales beneficios de establecer esta estrategia. Su implementación desde el médico especialista hacia los ayudantes de cirugía, enfermeras y paramédicos, se ha traducido en mejores resultados de salud entre los pacientes egresados, aumento en la rotación de los mismos y disminuciones de los días de estancia promedio comparado con hospitales de alto nivel de Estados Unidos (Govindarajan y Ramamurti 2013).

LA TRANSMISIÓN DE TAREAS
EN BASE A COMPETENCIAS,
ACOMPañADA DE UNA
APROPIADA REESTRUCTURACIÓN
DEL TRABAJO DENTRO DEL
EQUIPO DE ATENCIÓN, PUEDE
MEJORAR SIGNIFICATIVAMENTE
LOS RESULTADOS DE SALUD

Por lo tanto, hay consenso en la literatura en que es una estrategia potencialmente eficiente y contundentemente efectiva en el contexto de intervenciones específicas aunque falta identificar cuál es la estrategia más eficiente para realizar dicha transmisión de tareas, en particular en lo que respecta al grado de autonomía que se le otorga al personal que va a realizar la tarea que tradicionalmente realizaba el médico (McCleery et al. 2014, Shaw et al. 2013).

CUADRO 9: ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA: EVIDENCIA Y VENTAJAS

Internacionalmente, el modelo de EPA ha entregado respuestas a las demandas de la población, ya que ha dispuesto un profesional con estudios de magíster a asumir el cuidado de personas, familias y comunidades, en contexto de atención primaria, pudiendo ser capaz de llevar casos de forma completa y autónoma. Este modelo se encuentra en más setenta países del mundo, pero en Latinoamérica hay escaso desarrollo. La evidencia indica que los resultados son iguales, y en algunos casos mejores, que los otorgados por el médico (Organización Mundial de la Salud 2008b). En Estados Unidos, se ha calculado un ahorro hasta del 29% (Horrocks et al 2002).

Los profesionales de EPA se forman en competencias de valoración, fisiopatología, farmacología, administración, liderazgo, uso de tecnología, pensamiento crítico e investigación, por lo que pueden tomar ciertas tareas del médico y realizar atenciones completas que incluyen diagnóstico y tratamiento, pero siempre desde un modelo de atención de enfermería: preventivo, de promoción, holístico, centrado en el paciente y en la mejor evidencia disponible, asegurando la calidad en la atención. Asimismo, pueden mejorar los procesos y guías clínicas.

En Chile este modelo podría ayudar en la mejora de la atención de salud mucho más allá de las razones referidas a la falta de médicos en relación a los enfermeros (Aguirre-Boza et al. 2016), ya que el modelo de atención primaria en Chile se basa en quipos de salud multidisciplinarios, donde la flexibilización, delegación y mejor asignación de tareas permitiría mejorar la calidad de la atención tanto en relación con mejores resultados sanitarios y eficiencia, como a nivel de satisfacción de los pacientes. En concreto permitiría:

- Mejorar la resolutiveidad, entregando atención integral, es decir, de enfermería (principalmente educación en la promoción y prevención, mirada holística del paciente) y médica (diagnóstico y tratamiento médico) en un solo evento. Ello es, además, costo-efectivo.
- Disminución de los procesos al realizar referencias, sin necesidad de otra hora médica.
- Descongestionar horas médicas, generando más horas para casos complejos que requieren de un médico.
- Ampliar el acceso de salud a pacientes con necesidades no atendidas (a través del *triage* y su capacidad de pensamiento crítico y formación en administración en buscar soluciones a través de la optimización de recursos).
- Asegurar la calidad de la atención, dada su capacidad de llevar la mejor evidencia a la práctica clínica.

Fuente: Elaboración propia.

- **Flexibilización de tareas en equipos de salud de atención primaria.** Se propone flexibilizar las tareas de los equipos de salud de la atención primaria en función de la generación y aprovechamiento de competencias. Esto debe realizarse de manera estructurada, con reglas *ad-hoc*, y acompañado de políticas de capacitación, con el objetivo de implementar programas de prevención e identificar a la población de alto riesgo con mayor efectividad.

Lo anterior permitiría la generación de un mayor grado de competencias específicas entre el personal del equipo de la APS, la asignación más eficiente de los recursos humanos y una mayor retención de personal en salud. Al promover una carrera profesional más motivante donde se percibe un crecimiento y una mayor valoración de las capacidades adquiridas, se fomenta la formación y atracción de más profesionales de la salud en este nivel de atención.

De cualquier modo debe existir un marco regulatorio que salvaguarde la seguridad de los pacientes, que sea claro en relación con los procesos y límites de la delegación y que monitoree el desempeño y la motivación de los profesionales de la salud entrenados (Fulton et al. 2011), estableciendo mecanismos de *accountability* dentro del equipo hacia la figura del médico sin duplicar tareas. Ello permite zanjar resistencias profesionales e institucionales. En el cuadro 10 se resumen los requisitos para la implementación de esta estrategia en detalle. Un ejemplo en esta dirección es la iniciativa de la enfermería de práctica avanzada (EPA), que sobre la base a la situación en la que no pocas veces los profesionales de la enfermería deben asumir de manera informal, sin estar necesariamente capacitados para ello y en el límite del marco legal vigente (Aguirre-Boza et al 2016), parte de la carga de los médicos en los centros de atención primaria, en respuesta a necesidades no cubiertas en comunidades que enfrentan falta de disponibilidad médica, propone

que algunas de las tareas de baja complejidad -usualmente realizadas por médicos- se deleguen en un profesional de la salud con un grado educativo y entrenamiento distinto al del médico o en una persona entrenada para realizar solamente una determinada tarea.

CUADRO 10: REQUISITOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA FLEXIBILIZACIÓN DE TAREAS EN FUNCIÓN DE COMPETENCIAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

- Sistema de capacitación y acreditación de competencias necesarias para la transferencia de tareas que contenga (i) una definición de requisitos formales para entrar a programas de especialización (años de experiencia clínica, contenido curricular de los programas de especialización magíster/ doctorado por parte de las universidades) y (ii) acreditación legal que avale las competencias clínicas y el marco regulatorio de las tareas por realizar que proteja tanto al paciente como al personal médico de la APS.
- Definición de marco regulatorio de las tareas por realizar especificando: autorización legal para realizar tareas (actualmente son exclusivas del médico) como diagnóstico médico, solicitud de exámenes, imágenes y otros, prescripción de medicamentos y otras terapias.
- Definición de protocolos de supervisión por el personal médico de mayor rango de competencia y/o especialización que contenga: (i) protocolos de referencia de casos de mayor complejidad hacia el supervisor, (ii) protocolos para intervenciones específicas (como detección y cuidado de una enfermedad específica), que deben ser estudiados en los periodos de capacitación del personal no médico.
- Sistema de remuneración que se reconozca la existencia de subespecializaciones y competencias del personal de atención primaria y su correspondiente reasignación de tareas.

Fuente: Elaboración propia.

3. Salud con enfoque poblacional

3.1. Conocimiento de la población a cargo

Para organizar las prestaciones con un enfoque centrado en las personas, es importante definir qué entidad estará a cargo (quién será el responsable) de lo que a veces se denomina como inteligencia sanitaria, es decir, conocimiento de la población en cuanto a su epidemiología y, por tanto, en relación con las necesidades respecto de los servicios de salud requeridos. Ello involucra, entre otros, hacerse cargo de los pacientes en los cuidados que deben proveerles especialistas, la referencia y contrarreferencia, etc. Las alternativas son la atención primaria, las OLS o el seguro de

salud (Fonasa). Esto funcionaría como un incentivo para potenciar la gestión en red anteriormente descrita (Vergara et al. 2012).

Ello requiere disponer de información respecto de diagnósticos epidemiológicos y de necesidades sanitarias de la población y, por tanto, de un sistema informático poderoso e integrado en todos los niveles de complejidad de atención, es decir, sistemas de software interconectados.

Desde ahí el rol del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Minsal y de todas las unidades estadísticas de salud en los Servicios de Salud (ahora OLS) y en las municipalidades se vuelve absolutamente relevante: con

información e indicadores de alta calidad es posible contar con mejores datos para hacer gestión más efectiva.

Es por esto que resulta crucial la redefinición del DEIS, como nivel central y luego de todas sus unidades ejecutantes en las OLS y Secretarías Regionales Ministeriales. La redefinición en la forma en que se mantienen los registros estadísticos: transitar de estadísticas descriptivas (conteo) a estadísticas que reflejen la trazabilidad de las personas que se atienden en las redes de salud.

3.2. Acercamiento de las prestaciones de salud a la comunidad usuaria

Dada la diversidad de estructuras en la red y la necesidad de reforzar el rol preventivo – promocional – comunitario, el nivel más local y cercano a la población parece ser el sitio más pertinente para esta tarea. Se propone intentar explotar más el papel preventivo de ciertos dispositivos que hoy se encuentran localizados en los hospitales, como los centros de diagnósticos y tratamiento o de resolutiveidad. El Minsal otorga recursos para aumentar la resolutiveidad en la atención primaria municipal, los que configuran una oportunidad única para poder potenciar el rol preventivo de los dispositivos antes mencionados. Sin embargo, en la actualidad se utilizan para compras privadas de aquellos de servicios que aumentan la resolutiveidad sin una mirada de atención integrada y continua.

densamente habitadas, que contengan: rehabilitación, radiología, ecografías, optometría, endoscopia, trombólisis, traumatología, laboratorios clínicos, inmunización, psiquiatría adulto e infantojuvenil, consultas ambulatorias para pacientes con refracción de tratamiento para condiciones de alta prevalencia (por ejemplo para enfermedades cardiovasculares), consultorías con profesionales de ciertas especialidades y atención a las personas de edad avanzada. Este modelo es posible observarlo en la comuna de Puente Alto (Centro de Especialidades Primaria San Lázaro), donde todos los recursos transferidos desde el Minsal para aumentar la resolutiveidad y más aportes comunales permitieron desarrollar este modelo de gestión local de especialidades primarias: entre ellas dermatología, psiquiatría, medicina familiar y medicina interna, pediatría y ginecología.

SE PROPONE ESTUDIAR LA
POSIBILIDAD DE LOCALIZAR
EN UN TERRITORIO CERCANO
Y DEFINIDO UN CENTRO DE
RESOLUTIVIDAD COMUNAL

- Se propone estudiar la posibilidad de localizar en un territorio cercano y definido un centro de resolutiveidad comunal, al menos para aquellas comunas que se encuentran alta y

A modo de conclusión, queremos señalar que estamos convencidos que este conjunto de propuestas que damos a conocer al país tiene la posibilidad de producir un cambio relevante en la calidad y la equidad de la salud otorgada por el sistema de prestadores estatal de salud, que representa el eje fundamental del sistema de atención sanitaria del país. Creemos firmemente que, a pesar de algunas dificultades potenciales, las transformaciones de fortalecimiento y modernización del sistema público prestador de salud que postulamos son posibles de concretar en plazos razonables aprovechando la experiencia acumulada.

El informe es también una invitación a reconocer que la salud ha sido históricamente una prioridad para la población y que aún falta mucho para lograr los estándares de atención que ésta espera.



REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Agency for Healthcare Research and Quality, 2012, *Bundled payment: effects on health care spending and quality. Closing the quality gap: revisiting the state of the science, Evidence Report/Technology Assessment*, 208.
- Aguirre-Boza, F., Cerón, C. & Soto, P., 2016, 'Reporte Simposio La Enfermería de Práctica Avanzada como una Estrategia para alcanzar el Acceso y Cobertura Universal de Salud', Santiago de Chile: Universidad de los Andes-ACHIEEN.
- Ahumada, B., Lagos, M. & Sugg, D., 2016, 'Sobregasto operacional y deuda del sistema nacional de servicios de salud', Dirección de Presupuesto.
- Anell, A., 2008, 'The health system in Sweden'. *Eu-rohealth*, 14(1).
- Anell, A., Glenngård, A. & Merkur, S., 2012, 'Sweden: Health system review', *Health Systems in Transition*, 14(5), 1–159.
- Artaza-Barrios, O., Toro, O., Fuentes, A., Alarcón, A. & Arteaga, O., 2013, 'Gobierno de redes asistenciales: evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile', *Salud Publica Mex*, 55, 650-658.
- Arteaga, O., 2004, 'El difícil camino desde el diseño a la implementación de las reformas de salud', *Revista Chilena de Salud Pública*, 8 (1): 39-43.
- Banco Interamericano del Desarrollo, 2014, 'Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional', Eds Ú, Giedion, R, Bitrán & I, Tristao. http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Planes_de_beneficios_en_salud_de_America_Latina.pdf?sequence=4
- Barros, O. & Aguilera, I., 2013, 'Asignación de recursos a hospitales: ¿Cómo promover la mejora de servicios y la eficiencia?', *Documentos de Trabajo, Serie Gestión N° 144*, Universidad de Chile.
- Bass, C., 2015, 'A general practitioners' program for primary care in Chile', *Medwave*, 15(2), doi: 10.5867/medwave.2015.02.6099.
- Benavides, P., Castro, R. & Jones, I., 2013, 'Sistema público de salud, situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050', Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda.
- Bergeson, S. & Dean, J., 2006, 'A systems approach to Patient-Centered care', *JAMA*, 296(23), 2848-2851, doi:10.1001/jama.296.23.2848.
- Blomqvist, A., 1991, 'The doctor as double agent: information asymmetry, health insurance and medical care', *Journal of Health Economics*, 10(4), 411-432.
- Bodenheimer, T. & Bauer, L., 2016, 'Rethinking the Primary Care Workforce, An Expanded Role for Nurses', *N Engl J Med*, 375:1015-7.

Bossert, T., Blanchet, N., Sheetz, S., Pinto, D., Cali, J. & Pérez, R., 2014, 'Comparative Review of Health System Integration in Selected countries in Latin America', *Technical Note*, Inter-American Development Bank.

Bossert, T. & Leisewitz, T., 2016, 'Innovation and Change in the Chilean Health System', *N Engl J Med*, 374, 1-5. DOI: 10.1056/NEJMp1514202.

Busse, R., Geissler, A., Quentin, W. & Wiley, M (Eds.), 2011, *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, European Observatory on Health Systems and Policies Series.

Butelman, A., Duarte, F., Nehme, N., Paraje, G. & Vergara, M., 2014, 'Tratamiento para un enfermo crítico. Propuestas para el sistema de salud chileno', *Informe de Políticas Públicas No4*, Espacio Público.

Buttorff, C., Hock, RS., Weiss, HA., Naik, S., Araya, R., et al., 2012, 'Economic evaluation of a task-shifting intervention for common mental disorders in India', *Bull World Health Organ*, 90, 813-821.

Campbell, D.T., 1975, 'Reforms as experiments', En M. Guttentag & E.L. Struening (eds.), *Handbook of evaluation research*. Beverly Hills, Sage.

Castro, R., 2006, 'Midiendo la eficiencia de la salud municipal', *Serie informe social 97*, Libertad y Desarrollo.

Choices NHS, 2016, *The NHS Number - Your health records - NHS Choices* [Internet], Disponible en: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/records/nhs-number/Pages/what-is-the-nhs-number.aspx>, consultado el 15 de enero 2017.

Comisión Presidencial de Salud, 2010, *Informe Comisión Presidencial de Salud Diciembre 2010*.

Contraloría General de la República, 2016, *Manual de remuneraciones de atención primaria de salud municipal*. Ley N° 19.378.

Cornejo-Ovalle, M., Brignardello-Petersen, R., & Perez, G., 2015, 'Pay for performance and efficiency in primary oral health care practices in Chile', *Revisa Clínica de Priodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 8(1), 60-66.

Culyer, A., 2005, *The Dictionary of Health Economics*, Edward Elgar Publishing, Number 2934.

Culyer, A., 2015, 'Efficiency, equity and equality in health and health care,' *Working Papers 120*, Centre for Health Economics, University of York.

Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C. & Steel, D., 2015, 'United Kingdom: Health system review', *Health Systems in Transition*, 17(5), 1-125.

D'Eath, M., Barry, M. & Sixsmith, J., 2012, 'Rapid evidence review of interventions for improving health literacy'. Stockholm: ECDC.

Davis, K., Schoenbaum, S. & Audet, A, 2005, 'A 2020 vision of Patient-Centered primary care', *Journal of General Internal Medicine*, 20(10), 953-957, doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0178.x.

De Saint Pierre, D. & Rojas, M., 2011, 'La estrategia de salud electrónica en Chile', CEPAL.

Debrott, D., 2015, 'Financiamiento de la Atención Primaria de salud municipal', Congreso de Salud Primaria Municipal. Viña del Mar, 16 al 19 de junio de 2015.

Decreto con Fuerza de Ley 211 de 1960, *Fija normas por que se regirá la Corporación de Fomento de la Producción*, Ministerio de Hacienda, República de Chile.

Decreto 202 de 2015, *Determina aporte estatal a municipalidades que indica para sus entidades administradoras de salud municipal por period que señala*, Ministerio de Salud, República de Chile.

Department of Health UK. 2012, The power of information: Putting all of us in control of the health and care information we need, Reino Unido © Crown copyright.

Domínguez, M., 2006, 'Formas de Gestión de la Sanidad Pública en España', Madrid, Ed. La Ley.

Donabedian, A., 1988, 'The quality of care. How can it be assessed?', *JAMA*, 260(12),1743-8.

Donatini, A., 2015, 'International Profiles of Health-care Systems. The Italian Healthcare System', *The Commonwealth Fund*.

Egaña, R., 2014, 'Sistema de Alta Dirección Pública: Una mirada sobre el sector salud', III Congreso chileno de salud pública y V congreso chileno de epidemiología. Simposio "El salubrista y el servicio civil: desarrollo y profesionalización en Chile".

Ellis, R. & McGuire, T., 1986, 'Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply', *J Health Econ*, 5(2), 129–51.

EPES-DIVAP, 2016, *Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud en los equipos de los CECOSF*, Fundación EPES-División de Atención Primaria, Ministerio de Salud. Disponible en <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/01/Manual-Apoyo-incorporaci%C3%B3n-ACS-en-Cecosf.pdf>

Epstein, R., Fiscella, K., Lesser, C. & Stange, K., 2010, 'Why the nation needs a policy push on patient-centered health care', *Health Affairs*, 29(8), 1489-1495.

Epstein, R. & Street R., 2011, 'The values and value of Patient-Centered care', *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103, doi:10.1370/afm.1239.

Escuela de Salud Pública, 2013, 'Estudio Nacional de Evaluación de Percepción del Trato Usuario en Establecimientos de Salud Municipal del Sistema Público de Salud', Universidad de Chile.

Ferré, F., de Belvis, A., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., Ricciardi, W. & Maresso, A., 2014, 'Italy: Health System Review', *Health Systems in Transition*, 16(4), 1–168.

Figuera, J., Musgrove, P., Carrin, G. & Durán, A., 2002, 'Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿Qué se puede aprender de la experiencia europea?', *Gaceta Sanitaria*, 16 (1): 5-17.

Fonasa, 2016, *Balances Presupuestarios*, Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos>

Fulton, B., Scheffler, RM., Sparkes, S., Auy, E. & Vujicic, M., 2011, 'Health workforce skill mix and task shifting in low-income countries: a review of recent evidence', *Hum Resour Health*, 9(1), 1-11.

Galloway, I., 2014, 'Using Pay-For-Success to increase investment in the nonmedical determinants of health', *Health Affairs*, 33 (11), 1897-1904.

Gálvez, S., González, H., Labarca, E., Cornejo, R., Bruhn, A., Ugarte, H., Canteros, J., Tobar, E., Soto R. & Castillo, L., 2013, 'Medicina intensiva en Chile: desafíos para su desarrollo'. Documento de la Comisión Nacional de Medicina Intensiva del Ministerio de Salud', *Rev. méd. Chile*,141(1): 90-94.

García-Armesto, S., Abadía-Taira, MB., Durán, A., Hernández-Quevedo, C. & Bernal-Delgado, E., 2010, 'Spain: Health system review', *Health Systems in Transition*, 12(4), 1–295.

Gerencia Salud Consultores, 2012, 'Evaluación comprehensiva del gasto en los Establecimientos Experimentales', Dirección de Presupuesto.

Goodwin N., Smith, J., Davies, A., Perry, C., Rosen, R., Dixon, A., Dixon, J. & Ham. C., 2012, 'Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together'. *The King's Fund*, <http://www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-patients-and-populations-improving-outcomes-working-together>.

Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., Sergison, M. & Pedersen L., 2000, 'Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

Govindarajan, V. & Ramamurti, R., 2013, 'Delivering world-class health care, affordably', *Harvard Business Review*, 117-122.

Greb, S., Focke, A., Hessel, F. & Wasem, J., 2006, 'Financial incentives for disease management programmes and integrated care in German social health insurance', *Health Policy*, 78, 295-305.

Greer, S., Wismar, M. & Figueras, J. (Eds.), 2016, 'Strengthening Health System Governance. Better policies, stronger performance'. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*.

Guillou, M., Carabantes, J. & Bustos, V., 2011, 'Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile', *Rev. méd. Chile* [Internet], 139(5), 559-570.

Haggerty, J., Reid, R., Freeman, GK., Starfield, BH., Adair, CE. & McKendry, R., 2003, 'Continuity of care: a multidisciplinary review', *BMJ*, 327, 1219-21.

Henríquez, J. & Velasco, C., 2015, 'Las desigualdades en la atención médica en los últimos 20 años'. *Propuesta de Política Pública N13*, Centro de Estudios Públicos.

Herck, P., de Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M. & Sermeus, W., 2010, 'Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in healthcare', *BMC Health services research*, 10, 247.

Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C., 2002, 'Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors', *BMJ*, 324(7341), 819-23.

James, B., & Poulsen, G., 2016, 'The case for capitation', *Harvard Business Review*.

James, J., 2012, 'Pay for performance. New payment system reward doctors and hospitals for improving the quality of care, but studies to date show mixed results', *Health Policy Brief*.

Jencks, S., Williams, M. & Coleman, E., 2009, 'Re-hospitalizations among patients in the Medicare Fee-for-Service program', *N Engl J Med*, 360:1418-28.

Jiménez, J. & Romero, M., 2007, 'Reducing infant mortality in Chile: success in two phases', *Health Aff (Millwood)*, 26, 458-65.

Joshi, R., Alim, M., Kengne, AP., et al., 2014, 'Task shifting for non-communicable disease management in low and middle income countries - a systematic review', *PLOS ONE*, 9(8), 1-8, doi:10.1371/journal.pone.0103754.

Kautiainen, K., Hakkinen, U. & Lauharanta, J., 2011, 'Chapter 18. Finland: DRGs in a decentralized health care system'. En: *Diagnosis-Related Groups in Europe*.

- Kondo, K., Damberg, C., Mendelson, A., Motu'apuaka, M., Freeman, M., O'Neil, M., Relevo, E., Low, A. & Kansagara, D., 2016, 'Implementing processes and pay for performance in healthcare: a systematic review', *J Gen Intern Med*.
- Kountz, D., 2009, 'Strategies for improving low health literacy', *Postgraduate Medicine*, 121(5), 171-177.
- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J. & van Ginneken, E., 2016, 'The Netherlands: Health System Review', *Health Systems in Transition*, 2016.
- Kutzin, J., 2013, 'Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy', *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 602-611.
- Lantz, P., Rosenbaum, S., Ku, L. & Iovan, S., 2016, 'Pay For Success and population health: early results from eleven projects reveal challenges and promise', *Health Affairs*, 35 (11), 2053-2061.
- Laugesen, M. & Glied, S., 2011, 'Higher fees paid to US Physicians drive higher spending for physician services compared to other countries', *Health Affairs*, 30(9), 1647-1656.
- Lee, TW., Lee, SH., Kim, HH. & Kang, SJ., 2012, 'Effective intervention strategies to improve health outcomes for cardiovascular disease patients with low health literacy skills: a Systematic review', *Asian Nursing Research*, 6 (4), 128-136.
- Lenz, R. & Sánchez, M., 2016, '¿Qué pasa con las listas de espera y la deuda hospitalaria?: de cuadros agudos a males crónicos de nuestro sistema de salud', *La Eficiencia de Nuestro Sistema Asistencial: Una Explicación Para Las Listas de Espera y La Deuda Hospitalaria. 3er Coloquio: La reforma de salud que Chile necesita*. Instituto de Salud Pública Andrés Bello.
- Lenz, R., 2010, 'Políticas actuales de gestión y asignación de recursos en el sistema público de salud', Seminario Financiamiento, eficacia y equidad en salud.
- Ley de Presupuestos, 2017, *Ley de Presupuestos del Sector Público Año 2017*, Ley N°20981 publicada en el Diario Oficial del 15 de diciembre de 2016, Dirección de Presupuestos.
- Ley N° 18.046 del 2 de octubre de 1981, *Ley sobre Sociedades Anónimas*, Ministerio de Hacienda, República de Chile.
- Ley N° 19.378 del 13 de abril de 1995, *Establece estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal*, Ministerio de Salud, República de Chile.
- Lira, L., 2013, 'Sistema de Alta Dirección Pública en Chile y su impacto en la gestión hospitalaria', *Estudios Públicos*, 131, 61-102.
- Martín Martín, J.J., 2003, 'Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias'.
- McCleery, E., Christensen, V., Peterson, K., Humphrey, L.H. & Helfand, M., 2014, 'Evidence-based synthesis program evidence brief: The Quality of Care Provided by Advanced Practice Nurses' <http://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/ap-nurses.pdf>.
- McNamara, P., 2006, 'Foreward: payment matters? The next chapter', *Med Care Res Rev*, 63(Suppl 1): 5S-10S.
- Milner, J., 2016, 'Evidence toolkit. Pay for Success', *Evidence-based policymaking collaborative*.
- Ministerio de Salud, 1993, *De Consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual*, Ministerio de Salud. Chile.

Ministerio de Salud, 2005, *Decreto con Fuerza de Ley 1. Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469*. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articulos-2621_recurso_1.pdf.

Ministerio de Salud, 2008, *En el camino a centro de salud familiar*, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ministerio de Salud, 2010, *Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*.

Ministerio de Salud, 2012a, Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010, Ministerio de Salud, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile & Observatorio Social Universidad Alberto Hurtado.

Ministerio de Salud, 2012b, *Revisión de literatura y sistematización de información disponible sobre la asignación de recursos a nivel comunal*.

Ministerio de Salud. 2012c, *Aprueba reglamento sobre fichas clínicas*, Decreto 41 del 15 de diciembre 2012. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ministerio de Salud, 2013a, *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ministerio de Salud, 2013b, *Plan Estratégico de Tecnologías de Información [e-Salud] 2011-2020*, Mandrágora Ediciones.

Ministerio de Salud, 2015, *Orientaciones para la planificación y programación en Red. Año 2017*, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ministerio de Salud, 2017a, *Informe final. Evaluación del nivel de desarrollo de los establecimientos de atención primaria a diciembre año 2016*, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Modelo de Atención Primaria.

Ministerio de Salud, 2017b, *Plan de Inversiones*, En: <http://plandeinversionesensalud.minsal.cl>

Molina Garrido, M. & Maldonado, J., 2004, 'Análisis del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria a las comunidades autónomas de régimen común: implicaciones del nuevo modelo de financiación autonómica', *Tesis Doctoral*, Facultad De Ciencias Económicas y Empresariales Departamento De Economía Aplicada (Hacienda Pública). Universidad De Málaga.

Montero, J., Poblete, F., Torche, A. & Vargas, V., 2007, 'Análisis del modelo de asignación financiera en la atención primaria chilena: pertinencia del per cápita actual y uso de variables en su cálculo para asegurar concordancia entre la situación epidemiológica actual y el modelo de atención', Capítulo III, Camino al Bicentenario Propuestas para Chile, 73-94.

Montero, J., Téllez, A. & Herrera, C., 2010, 'Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos', *Temas de Agenda Pública*, Centro de Políticas Públicas.

Mossialos, E., Wenzel, M., Osborne, R. & Sarnak, D (eds), 2015, 'International Profiles of Health Care Systems'. *London School of Economics and Political Science*, The Commonwealth Fund.

Navathe, A., Troxel, A., Liao, J., Nan, N., Zhu, J., Zhong, W. & Emanuel, E., 2017, 'Cost of joint replacement using bundled payments', *JAMA Internal Medicine*.

- Newhouse, JP., 1996, 'Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection', *Journal of Economic Literature*, 34 (3), 1236-1263.
- Newhouse, RP., Stanik-Hutt, J., White KM., et al. 2011., 'Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review', *Nurs econ*, 29(5), 230-250.
- NHS Commissioning Board, s.f, 'Developing the NHS Commissioning Board'. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216408/dh_128196.pdf
- Nolte, E., Frolich, A., Hildebrandt, H., Pimperl, A., Schulpen, G. & Vrijhoef, H., 2016, 'Implementing integrated care: a synthesis of experiences in three European countries', *International Journal of Care Coordination*, 19 (1-2), 5-19.
- Nutbeam, D., 2008, 'The evolving concept of health literacy'. *Social Science & Medicine*, 67, 2072-2078.
- OCDE, 2015, 'Health at a Glance 2015: OECD Indicators', *OECD Publishing*, Paris, doi: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- Organización Mundial de la Salud, 2006, 'World Health Report', Working together for health Geneva: WHO.
- Organización Mundial de la Salud, 2008a, 'Integrated health services – What and why?', *Technical brief 1*. http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf
- Organización Mundial de la Salud, 2008b, 'Task Shifting: Rational Redistribution of Tasks among Health Workforce Teams : Global Recommendations and Guidelines'. *WHO Press, World Health Organization*. doi:10.1080/17441692.2011.552067.
- Organización Mundial de la Salud, 2010, 'The World Health Report 2010', *Health Systems Financing: The path to universal coverage*,
- Organización Panamericana de la Salud, 2002, 'La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción', Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud, 2008. 'Integrated Delivery Networks. Concepts, Policy Options, and Road Map for Implementation in the Americas', *Renewing Primary Health Care in the Americas Series*.
- Organización Panamericana de la Salud, 2011, 'Estrategia y plan de acción sobre salud' 51.o Consejo Directivo y 63.a Sesión del Comité Regional. Washington.
- Page, R., 2016, 'The Italian System as a Predictive Model: What the United States Can Expect from Universal Healthcare', Thesis Project University of Tennessee Knoxville.
- Paul, D., Brunoni, J., Dolinger, T., Walker, I. & Wood, D., 2014, 'How effective is capitation at reducing health care costs', Paper presented at the 41st Annual Meeting of the Northeast Business & Economics Association, West Long Branch, New Jersey.
- Peckham, S. & Wallace, A., 2010, 'Pay for performance schemes in primary care: what have we learnt?', *Quality in Primary Care*, 18, 111-16.
- Peelen, A., Holland, J. & den Exter, A., 2004, 'The Social Support Act (WMO)', *Health Policy Monitor*.
- Peeling, RW., 2015, 'Diagnostics in a digital age: An opportunity to strengthen health systems and improve health outcomes', *Int Health*, 7(6), 384-389, doi:10.1093/inthealth/ihv062.

Perrot, J., 2002, 'Health financing technical brief. Analysis of allocation of financial resources within health systems', *Conceptual paper*, Geneva, World Health Organization.

Porter, M. & Kaplan, R., 2016, 'How to pay for health care'. *Harvard Business Review*.

Raña, J., Ferrer, J. & Bedregal, P., 2007, 'Modelo de asignación de recursos en atención primaria', *Revista Médica de Chile*, 135 (1), 54-62.

Resolución 381 de 2012, 'Pone en ejecución acuerdo de consejo n°2.736, de 2012, que modifica acuerdo de consejo n°1.879, de 1997, relativo al comité sistema de empresas-SEP, y aprueba texto coordinado, actualizado y refundido de la resolución (A) N°86, de 202, que reglamenta al comité SEP', Corporación de Fomento de la Producción, República de Chile.

Riesco, X., 2015, 'Mejorando la salud hospitalaria: alternativas para el financiamiento y la gestión (II)', *Puntos de Referencia 417*, Centro de Estudios Públicos.

Rifkin, S., 2014, 'Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature', *Health Policy and Planning*, 29:ii98–ii106. doi:10.1093/heapol/czu076.

Robinson, R., Jakubowski, E. & Figueras, J., 2006, 'Introduction', en J. Figueras, R. Robinson & E. Jakubowski (eds.), *Purchasing to improve health system performance*, European Observatory on Health System and Policies Series.

Roland, M. & Olesen, F., 2016, 'Can pay for performance improve the quality of primary care?', *BMJ*, 356.

Rosenova, T., 2013, 'Sustainability and Future of the Spanish Healthcare System'. Universitat Autònoma de Barcelona.

Ryan, A. & Werner, R., 2013, 'Doubts about pay-for-performance in health care', *Harvard Business Review*.

Sánchez, H. & Inostroza, M., 2011, 'La salud del bicentenario, Chile 2011-2020: desafíos y propuestas'. En *La salud del bicentenario, Chile 2011-2020: Desafíos y propuestas*, Eds H. Sánchez. Instituto de Políticas Públicas y gestión, Salud y Futuro-Universidad Nacional Andrés Bello.

Sanhueza, R., 1999, *Burocracia y organización en salud*, Departamento de Economía, Universidad de Chile.

Santelices, E., Ormeño, H., Delgado, M., Lui, Christopher., Valdés, R. & Durán, L., 2013, 'Análisis de la eficiencia técnica hospitalaria 2011', *Revista Médica de Chile*, 141(3), 332-337.

Santelices, E., Muñiz, P., Arriagada, L., Delgado, M. & Rojas, J., 2014, 'Primera experiencia Chilena con la aplicación de Grupos Clínicos Ajustados (ACG) como herramienta de ajuste de riesgo: Evaluación en la distribución de recursos en programa de enfermedades crónicas', *Revista Médica de Chile*, 142(2).

Santelices, E., 2015, 'Mejorando la salud hospitalaria: alternativas para el financiamiento y la gestión (III)', *Puntos de referencia 418*, Centro de Estudios Públicos.

Santelices, E., Muñoz, F., Muñiz, P. & Rojas, J., 2016, 'Clasificación según nivel de morbilidad e intensidad del uso de recursos de una población con patologías crónicas en Atención Primaria de Salud utilizando "Adjusted Clinical Groups" (ACG)'. *Revista médica de Chile*, 144(3), 291-297

- Savas, S., Sheiman, I., Tragakes, E. & Maarse, H., 1998, 'Contracting models and provider competition'. En: Saltman, R.B., Figueras, J. & Sakellarides, C., eds. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press.
- Shaller, D., 2007, 'Patient centered care: what does it take?', The Commonwealth Fund.
- Shaw, R., McDuffie, J., Hendrix, C., Edie, A., Lindsey-Davis, L. & Williams, JJ., 2013, 'Effects of Nurse-Managed Protocols in the Outpatient Management of Adults with Chronic Conditions' VA-ESP Project #09-010;2013.
- Sistema de Empresas – SEP s.f, *Empresas SEP*, extraídos de <http://www.sepchile.cl/>
 ----*Guía Deberes del Director de Empresas SEP*
 ----*Guía para Directorio y Presidente del Directorio*
 ----*Guía sobre Conflictos de Interés*
 ----*Marco Constitucional y Legal Empresas SEP*
 ----*Normas sobre planes Estratégicos, Presupuestos e inversiones*
 ----*Obligaciones de Información al SEP*
- Sistema Nacional de Información Municipal, 2016, 'Indicadores ISAL013 (M\$) Aporte Municipal al Sector Salud y ISAL004 (PERS) Población Inscrita Validada en Servicios de Salud Municipal (FONASA)', [Datos].
- Stanik-Hutt J, Newhouse RP, White KM, et al. 2013, 'The quality and effectiveness of care Provided by nurse practitioners', *J Nurse Pract*, 9(8), 492-500.
- Starfield, B., 2002, 'Coordinación de la atención en salud', En *Atención Primaria*, eds B.Starfield, Barcelona: Masson, 233-65.
- Starfield, B., 2011, 'Is Patient-Centered care the same as person-focused care?', *The Permanente Journal*, 15(2), 63-69.
- Subramanian, S., Sankaranarayanan, R., Bapat, B., et al., 2009, 'Cost-effectiveness of oral cancer screening: Results from a cluster randomized controlled trial in India', *Bull World Health Organ*, 87(3), 200-206, doi:10.2471/BLT.08.053231.
- Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2015, *Eje Gestión de recursos financieros en Atención Primaria*, División de Atención Primaria.
- Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2016, *Glosa 06. Lista de Espera No GES. Garantías de oportunidad GES retrasadas enero 2016*, Ministerio de Salud.
- Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2017, *Glosa 06. Lista de Espera No GES. Garantías de oportunidad GES retrasadas enero 2017*, Ministerio de Salud.
- Superintendencia de Salud, 2016, *Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud y posicionamiento de la superintendencia de salud*, Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/portal/articles-14149_recurso_1.pdf
- Tabrizi, H., 2012, 'Impact of DRG reimbursement system on hospital efficiency: systematic review', *BMC Health Services Research*, 12(1).
- Tang, P. & Leong Seng O., 2009, 'Singapore's National Electronic Health Record Architecture', MOH Holdings presentation.
- Téllez, A., 2006, 'Atención Primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud', *Temas de la Agenda Pública* 1 (2). Pontificia Universidad Católica de Chile.
- The Hague, 2015, 'Social Support Act (WMO)'.

Torche, A., 2009, 'Introducción de factores de riesgo en el financiamiento de la salud primaria en Chile', *Documento de Trabajo N358*, Instituto de Economía UC.

Torres-Quevedo, R., 2016, 'Déficit de médicos especialistas en las regiones y en el sistema público', *Rev Chil Cir*, 68(4): 279-280.

Trebbles, T., Hansi, N., Hydes, T., Smith, M. & Baker, M., 2010, 'Process mapping the patient journey: an introduction', *BMJ*, 341.

Turati, G., 2013, 'The Italian Servizio Sanitario Nazionale: A Renewing Tale of Lost Promises', En J. Costa- Font et al (eds), *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*, MacMillan Publishers Limited.

Universidad Mayor, 2009 – 2010, 'Diagnóstico y propuesta de mejora del modelo de Alta Dirección Pública para el sector Salud', Escuela de Salud Pública Universidad Mayor.

Universidad San Sebastián, 2015, 'Encuesta Alfabetismo Sanitario', Disponible en: http://www.ipsuss.cl/ipsuss/site/artic/20150120/asocfile/20150120094250/ppt_encuesta_alfabetismo_sanitariovf.pdf

Vargas, I., 2013, 'Índice de actividad de atención primaria'. División de Atención Primaria, Ministerio de Salud. Presentación Power Point.

Vargas, V. & Poblete, S., 2006, 'Incrementar la equidad en atención primaria: revisión de la fórmula per cápita'. *Rev Chil Med Fam*; 7 (2), 76-83.

Vargas, V. & Wasem, J., 2006, 'Risk adjustment and primary health care in Chile', *Croatian Medical Journal*, 47(3), 459-468.

Vasquez, M. & Vargas, I., 2009, 'Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos', Consorci Hospitalari de Catalunya, 1.a Reimpresión. Barcelona.

Vázquez M. L., Vargas, I., Unger, J. P., Mogollón, A., Silva. & de Paepe, P., 2009, 'Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis'. *Rev Panam Salud Pública*, 26(4), 360–7.

Vega, J., 2015, 'Mejorando la salud hospitalaria: alternativas para el financiamiento y la gestión (I)', *Puntos de Referencia 416*, Centro de Estudios Públicos.

Vega, R. & Acosta, N., 2014, 'Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria en Salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Chile', Instituto Suramericano de Gobierno en Salud.

Velasco, C., 2014, 'Desafíos y algunos lineamientos para el sistema de seguros de salud en Chile', *Debates de Política Pública N3*, Centro de Estudios Públicos.

Vergara, M. & Martínez, M., 2006, 'Financiamiento del sistema de salud chileno', *Salud Publica Mex*, 48, 512-521.

Vergara, M., 2014, 'Propuesta de reformas a los prestadores públicos de servicios médicos en Chile', *Documento de Referencia 12*, Espacio Público.

Vergara, M., 2015, 'Propuesta de reformas a los prestadores públicos de servicios médicos en Chile. Fortaleciendo la opción pública', *Revista Médica de Chile*, 143, 237-243.

Vergara M., Bisama L., Moncada, P., 2012, 'Competencias esenciales para la gestión en red', *Rev. méd. Chile*, 140, 1606-1612.

Vonderembse, M. & Dobrykowski, D., 2017, 'A healthcare solution: a patient-centered, resource management perspective', *CRC Press*, Taylor and Francis Group.

Vuik, S.I., Mayer, E. & Darzi, A., 2016, 'Enhancing risk stratification for use in integrated care: a cluster analysis of high-risk patients in a retrospective cohort study', *BMJ Open*, doi: 10.1136/bmjopen-2016-012903.

Vuorenkoski, L., Mladovsky, P. & Mossialos, E., 2008, 'Finland: Health system review', *Health Systems in Transition*, 10(4), 1–168.

Zeynep, O., 2014, 'Implementation of DRG payment in France: Issues and recent developments', *Health Policy*, 117(2), 146-150.

Zuvekas, S. & Cohen, J., 2016, 'Fee-For-Service, while much maligned, remains the dominant payment method for physician visits', *Health Affairs*, 35(3), 411-414.





ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1: Revisión de organización, rectoría y gobernanza y financiamiento a nivel internacional.

En este Anexo se revisa la organización de los sistemas de salud de seis países, desde el punto de vista de la gobernanza y los mecanismos de pago (financiamiento) asociada a la provisión de salud. El objeto de mirar cómo son las relaciones entre

las diferentes entidades que participan en la provisión de salud, a quién responden, quiénes eligen a los que las dirigen, etc, y como se estructuran los flujos de pago. Los países revisados son Inglaterra, Holanda, Suecia, España, Italia, y Finlandia.

Función / país	Inglaterra
Descripción General	El Reino Unido, organiza su sistema de salud en base a un modelo de Servicios Nacional de Salud, llamado National Health Service (NHS). Desde su fundación en 1948 tiene como características la universalidad, globalidad de prestaciones y gratuidad en el momento de uso. Es financiado principalmente por impuestos generales nacionales.
Principales actores de la gobernanza y rectoría	El Ministerio es un órgano del gobierno central y el principal responsable de establecer políticas del sistema de salud y asistencia social en Inglaterra. NHS England (ex NHS Commissioning Board) fue establecida por la Health and Social Care Act 2012, en sustitución al NHS Commissioning Board Authority. Su principal función es supervisar los Clinical Commissioning Groups. Uno de los cambios al NHS introducidos por la reforma fue la creación de una junta independiente, National Board, cuya labor principal es asignar recursos del presupuesto nacional destinado a la salud y orientar la utilización que se haga de estos recursos.
Forma de agrupación de los recursos	Cada Clinical Commissioning Group debe tener un Accountable Officer (AO) responsable de los deberes, funciones, finanzas y gobierno del CCG. La mayor parte de los Clinical Commissioning Groups nombran ex gerentes de los antiguos Primary Care Trusts para estos puestos. En su órgano de gobierno cada grupo tiene por lo menos una enfermera y un médico especialista en la atención secundaria.
Entidad que administra los recursos	En Inglaterra, el Departamento de Salud asigna fondos a Public Health England, que distribuye fondos a las autoridades locales para programas de salud pública. La aprobación de la Health and Social Care Act 2012 supuso un cambio en los flujos de financiación, ya que se delegó al NHS England la función que hasta entonces había desarrollado el Departamento de Salud. Por tanto, a partir de 2013, el NHS England asume la gestión del presupuesto y se responsabiliza de la asignación de éste a los 221 Clinical Commissioning Groups. El NHS England asigna también fondos a los NHS Trusts, a los Foundation Trusts y a proveedores de atención primaria y otros servicios.

Método de pago a prestadores	Ambos tipos de hospitales (públicos o fundaciones) contratan con los comisionados locales para prestar servicios a la población local; la mayor parte de los servicios prestados son reembolsados a tarifas determinadas nacionalmente en los Grupos de Diagnóstico Relacionado.
Otros	El Comité de Calidad de la Atención - Care Quality Commission (CQC) fue creado en 2009 con el objetivo de promover la calidad de los servicios en el NHS. Su responsabilidad es la de garantizar el cumplimiento y el seguimiento de las normas básicas de seguridad y calidad a través de un sistema de registro de proveedores de servicios. Además, también regula todos los servicios sanitarios y socio-sanitarios en Inglaterra provistos por los órganos del NHS, las autoridades locales, las empresas privadas y las organizaciones voluntarias.

Fuente: Cylus et al (2015), Mossialos et al. (2015), NHS Commissioning Board (s.f).

Función / país	Holanda
Descripción General	El sistema de salud holandés se basa en Seguros Sociales, (Social Health Insurance – SHI) La Health Insurance Act (Zvw) y la Health Care Market Regulation Act (Wmg), entradas en vigencia en el año 2006, introdujeron la competencia regulada entre los distintos actores de la salud, quitándole al gobierno el rol de regulación de precios y volúmenes y otorgándole el de regulación de calidad y correcta función de los mercados.
Principales actores de la gobernanza y rectoría	Cada vez, el gobierno ha tomado un rol distante en cuando al manejo de salud, aun cuando el Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte es el que desarrolla las políticas y medidas necesarias para promover la salud y bienestar de la población y resguardar el acceso a atenciones de calidad. Luego de ellos, la función dominante la tienen los seguros o fondos de enfermedad (sickness funds) y proveedores independientes. Las municipalidades cumplen un rol de supervisión de la salud local, a través de sus Public Health Departments (GGD). Dentro de las funciones municipales en salud están el hacer evaluación constante de las necesidades de la comunidad y regular la oferta, al establecer criterios de tolerancia de calidad, todo esto dentro de un marco de libertad para cada municipio.
Forma de agrupación de los recursos	Los individuos compran los paquetes de seguros a las aseguradoras, y éstas contratan prestadores de salud para entregar las atenciones que cubren en sus contratos. Un 50% del paquete básico para adultos es financiado por una prima comunitaria y el otro 50% es financiado por una prima relativa al ingreso de cada habitante. El cuidado de menores de 18 años es pagado por contribución gubernamental proveniente de impuestos generales. Los cuidados de largo plazo son financiados por contribuciones proporcionales a la renta de las personas. Las municipalidades al recibir los fondos determinados para estas prestaciones poseen la libertad de organizarlos bajo sus propios criterios.
Entidad que administra los recursos	El Ministerio de Salud toma las decisiones sobre el presupuesto para las atenciones de salud (Health Care Budget – Budgetair Kader Zorg, BKZ). El BKZ indica el gasto máximo permitido para prestaciones de salud. Si los prestadores exceden este máximo, el ministro puede decidir entre cargarle a los aseguradores o a los prestadores el excedente. Al mismo tiempo, el ministro decide sobre el presupuesto disponible para las atenciones entregadas por municipalidades. El presupuesto municipal para salud proviene de del mismo

Entidad que administra los recursos	fondo municipal, el cual es determinado por cantidad de habitantes, tamaño físico del municipio y el número de personas registradas en el municipio.
Método de pago a prestadores	Desde 2006 se ha venido introduciendo competencia regulada (managed competition) en el mercado de la compra de servicios, promoviendo que las aseguradoras negocien con los proveedores el precio, volumen y calidad. A los médicos generales se les paga una tarifa de capitación (se mantiene parte de este pago del sistema antiguo de un monto por paciente registrado), y una cuota por fee-for-service y pago por desempeño. Los contratos con los médicos generales se hacen de forma colectiva entre comités que los representan y las aseguradoras. Adicional a pagos por servicio, desde 2005 varios hospitales y médicos especialistas son remunerados según Diagnosis Treatment Combinations (DBC) (según el tratamiento del diagnóstico, adaptación de los DRG); un sistema determinado por la Nza que busca mejorar la competencia y que apunta a financiar el costo total de cada tratamiento. El pago fluye desde las aseguradoras hacia estas entidades. Para la atención a largo plazo y enfermedades excepcionales y crónicas, desde 2009 el pago se realiza según intensidad y complejidad del cuidado (previamente se basaba en la capacidad disponible de la institución).
Otros	El Health Care Inspectorate (IGZ) es una entidad independiente, aunque asesora, del Ministerio y cumple la función de supervisor de la calidad y accesibilidad de las prestaciones de salud. Funciona como un órgano consultivo del Ministerio y los stakeholders del sistema de salud.

Fuente: Kroneman et al (2016), Peelen et al (2004), The Hague (2015)

Función / país	Suecia
Descripción General	En Suecia el derecho a la atención sanitaria está ligado a la ciudadanía (la cobertura es universal y automática. La Ley de Salud y Servicios Médicos establece que el sistema de salud debe cubrir a todos los residentes legales). La financiación se realiza mediante impuestos generales, locales y específicos (el gasto público en sanidad en 2015 alcanzó el 9,27% del PIB). La provisión de servicios sanitarios se realiza en centros médicos y hospitales que suelen ser de propiedad pública.
Principales actores de la gobernanza y rectoría	La organización del sistema sueco se organiza en tres niveles: el nacional, regional y local. A nivel nacional el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales es la entidad responsable de la política sanitaria, de la supervisión de las actividades de los niveles inferiores y periódicamente de la evaluación de los servicios para garantizar la correspondencia con los objetivos nacionales. El Ministerio supervisa ocho agencias que están directamente involucradas con el cuidado de la salud a nivel nacional. Luego, en cuando a la organización regional, la coordinadora de las autoridades locales y regionales es el SALAR (Swedish Association of Local Authorities and Regions). Bajo su coordinación se encuentran los veintiún consejos y 290 municipalidades, estas últimas componen el nivel local de organización. Sobre los County Council (consejos del condado), estos tienen la libertad de estructurar sus zonas y decidir cómo entregar los servicios de salud. Finalmente, a nivel micro, la organización más pequeña son los municipios, y comprenden un consejo municipal, un board municipal y diversos comités. A su vez, los Health Care Service District, dependientes de los consejos, organizan principalmente a la atención primaria, contando en cada grupo de prestadores primarios a un hospital.

Principales actores de la gobernanza y rectoría	Cada CC tiene un número diferente de Health Care Service Districts, dependiendo del tamaño de la población, que puede variar desde 133.000 a 1,8 millones de personas. La organización de los diferentes niveles de atención otorgados por los CC se detalla en la sección siguiente. Cada Health Care Service District está compuesto por un hospital y varios centros de atención primaria, los cuales ofrecen atención médica general, servicios preventivos y de rehabilitación.
Forma de agrupación de los recursos	La responsabilidad de la financiación y la prestación de atención de salud están descentralizadas en los County Council y cuerpos regionales. Esta es una entidad local autónoma y una de las principales subdivisiones administrativas en Suecia. Tanto los consejos de condado como los municipios imponen impuestos proporcionales a la población para cubrir los servicios que prestan.
Entidad que administra los recursos	También a cargo de la administración están los County Councils, los que tiene la libertad de estructurar sus hospitales y decidir cómo entregar los servicios de salud en base a las necesidades específicas de la comunidad, esto explica las grandes diferencias regionales. Es un órgano político, cuyos representantes son elegidos por los habitantes cada cuatro años, el mismo día de la elección nacional.
Método de pago a prestadores	Dado que los consejos del condado son responsables de financiar y organizar las prestaciones de servicios de salud, así como de la administración de los hospitales que son propiedad de éstos, las relaciones entre proveedores y compradores varían sustancialmente entre los condados. Sin embargo, hay algunas generalidades. En cuanto a las atenciones primarias, suelen hacerse pagos según cantidad de pacientes registrados, complementados con pagos por servicio (fee-for-service) y por rendimiento (performance-based payments). Por su parte, los pagos a los prestadores están basados en presupuestos globales del condado, siendo común en los hospitales los pagos por diagnóstico (sistema GRD).

Fuente: Anell (2008), Anell et al (2012).

Función / país	Suecia
Descripción General	La provisión de salud sigue un modelo de Servicio Nacional de Salud, que integra a entidades públicas y privadas. Los servicios son gratuitos en el punto de servicio, salvo medicamentos a los menores de 65 años. El origen de los fondos con los que se financia el SNS es fundamentalmente público. Por la vía tributaria se genera el 94,07% de los recursos públicos para salud.
Principales actores de la gobernanza y rectoría	La organización es altamente descentralizada, a nivel de las 17 regiones o comunidades autónomas. Existen principalmente tres niveles: gobierno central, Comunidades Autónomas y las Zonas Básicas de Salud. El gobierno central, en el Ministerio de Sanidad, se hace cargo de definir la estrategia nacional de salud, las Comunidades Autónomas se hacen cargo de la planificación de salud, salud pública y el manejo de los servicios de salud. La coordinación general (gobierno central y comunidades autónomas) está en manos del Consejo Intergubernamental del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que está constituido por la Ministra de Salud (presidenta del organismo) y por los diecisiete consejeros de las comunidades autónomas. Las Comunidades Autónomas poseen dos órganos mayores dentro de su regulación sanitaria: el Sistema Regional de Salud, encargado de la gestión y provisión de los servicios públicos de atención sanitaria, y la Consejería o Departamento de Salud, autoridad responsable de la regulación y la planificación en materia

Principales actores de la gobernanza y rectoría	de política y atención sanitaria. Las Comunidades Autónomas delimitan su territorio en las denominadas Áreas de Salud. En ellas se agrupan los centros sanitarios y de profesionales de atención primaria bajo su dependencia organizativa y funcional, así como también se ubican los hospitales y centros de atención especializada. Zonas Básicas de Salud, son la unidad de menor tamaño y corresponden a la delimitación geográfica que sirve de referencia para la intervención de los Equipos de Atención Primaria (EAP).
Forma de agrupación de los recursos	Para llevar a cabo sus funciones sanitarias, las comunidades autónomas reciben aportes estatales. Las transferencias de los presupuestos generales del Estado se hacen a través del Fondo de Garantía de los Servicios Públicos Fundamentales. La proporción de este fondo asignada a cada comunidad autónoma se basa en la población, la extensión, la dispersión, la insularidad, pero también en la población protegida equivalente (habitantes a los que se les prestan servicios de salud, restando a funcionarios y familiares cubiertos por las mutuales de empleados públicos).
Entidad que administra los recursos	Las comunidades autónomas administran el 90% de los recursos públicos, mientras que el gobierno central el 3%, y los municipios gestionan el 1,25%. La fórmula utilizada para la adjudicación de fondos se basa en un criterio per cápita, ponderado por la estructura de la población, la dispersión de la población, la extensión y la insularidad del territorio.
Método de pago a prestadores	Normalmente, la Gerencia o Dirección de atención primaria del área de salud de las Comunidades Autónomas, firma un contrato programa anual con el servicio regional de salud, que se basa en criterios de capitación (en muchos casos con algún componente de estructura demográfica y dispersión de la población) e incluye como líneas de producción los distintos programas de salud. El financiamiento de los hospitales se realiza normalmente mediante un presupuesto global, establecido a partir de los capítulos individuales de gasto, a través de un sistema del tipo GRD. De la misma manera, se generan “contratos programa” entre las Consejerías de Salud y las instituciones hospitalarias de la región para introducir elementos de calidad asociados a programas de reducción de las listas de espera o enfoques de extensión de la cirugía ambulatoria. Básicamente, los contratos programa definen la cartera de servicios, fijan los objetivos de calidad, cantidad y actividad a alcanzar y determinan el financiamiento relacionado con actividades específicas desarrolladas en el hospital.
Otros	Modelo de Alzira: el sistema conceptualmente compra soluciones en salud a los privados y ofrece garantías y control público. Los resultados hasta ahora muestran que los costos son un 25% menor que el equivalente público; la satisfacción de los ciudadanos 20 puntos arriba del equivalente público; la satisfacción profesional es 18 puntos arriba y las listas de espera están controladas. Este se basa en el financiamiento estatal de la salud, para garantizar la universalidad, la equidad, la gratuidad cuando corresponda según establece la ley, el acceso y la aplicación de políticas sanitarias a la población. El Estado financia pagando un per cápita de la población adherida al modelo; el modelo separa el financiamiento, la propiedad y los controles, que son públicos, de la inversión y la gestión, que son privadas. El control público se realiza mediante una Comisión o Consejo, quien tiene entre sus funciones velar por el cumplimiento de las condiciones de un contrato con el concesionario, que es a veinte años, prorrogable, por el control de la calidad de los servicios que recibe la población y por el cumplimiento de las metas sanitarias.

Otros También, algunas comunidades autónomas, como Cataluña, han decidido reorganizar su provisión de salud en torno a las “Organizaciones sanitarias integradas (OSI)”. Las OSIs son redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones de servicios de salud a una población determinada y que se responsabilizan de los costos y resultados en salud. Normalmente, son lideradas por un hospital al cual se le contrata la gestión de la atención primaria de un territorio y que se responsabiliza de cubrir una gama de servicios para la población de aquel territorio.

Fuente: Domínguez (2006), García-Armesto et al (2010), Martín Martín (2003), Molina y Maldonado (2004), Rosenova (2013), Vasquez (2009).

Función / país

Italia

Descripción General

En 1978, uniendo más de cien fondos de seguros corporativos, se crea el Servicio Sanitario Nacional (SSN), en el cual se garantizaron beneficios similares para todos, se homogeneizaron las contribuciones y recolectaron los fondos en el Fondo Nacional de Salud (FNS). La afiliación al SSN es obligatoria para toda la población. Su sistema está integrado y es gratuito en el punto de consumo. Actualmente, el financiamiento de la salud, derivado casi íntegramente de impuestos (a empresas, donde se recauda a nivel nacional, pero se devuelve a las regiones y representa el 35,6% del financiamiento total en el año 2012, y al valor añadido 47,3% del total en el año 2012) consiste en: financiamiento público (78% del gasto total salud, 2013).

Principales actores de la gobernanza y rectoría

La estructura del sistema es descentralizada, en 3 niveles responsables de la provisión de salud: nivel central (Ministerio de Salud), regional (Consejos Regionales) y local (Aziende Unità Sanitarie Locali – ASL). El nivel central es el responsable de la planificación global mediante el establecimiento de un nivel mínimo de servicios que tienen que proveer las regiones. El gobierno regional, que consta de 19 regiones y 2 provincias autónomas, distribuir los recursos entre las unidades de salud locales y realizar el seguimiento y la evaluación de las actuaciones. A nivel local, existen las Aziende Unità Sanitarie Locali (ASL) o Empresas Locales de Salud. Estas unidades son organizaciones públicas independientes, con su propia administración y presupuesto. Combinan servicios administrativos y de cuidado, incluyendo prestadores públicos y privados. Pueden incluir una o más municipalidades. Cuentan con un directorio y un director designado por el gobierno regional.

Forma de pooling de los recursos

El que realiza el pooling de los recursos es el FNS. En el 2010 se estableció que las regiones se financiarían con presupuesto histórico en base a necesidades del pasado y el monto total de acuerdo a restricciones presupuestarias. Se estima que la estructura de federalismo fiscal estará plenamente operativa al final del año 2013. Este presupuesto es fijado por el Ministerio de Economía y Finanzas, y el mecanismo de asignación es un per cápita ajustado por características demográficas y uso de servicios de salud por edad y sexo.

Entidad que administra los recursos

El gobierno regional es el que administra los recursos y elige cómo organizar la provisión de servicios en su región, con capacidad de asignar libremente los fondos que provienen del gobierno central. Las transferencias de la región a las ASL se hacen per cápita. Existe un Fondo Sanitario Estatal que funciona como un mecanismo de igualación para transferir recursos a las regiones que no disponen de los recursos suficientes (en el año 2001 un 10% del presupuesto regional). Los recursos de este fondo se obtienen a través del Impuesto sobre el Valor Añadido y se reparte mediante un sistema capitativo (ajustado por indicadores específicos de consumo sanitario por

Entidad que administra los recursos	edad y sexo y por tasas de mortalidad) ponderado que trata de garantizar equidad horizontal.
Método de pago a prestadores	Las ASL pagan per cápita a médicos generales, independientes y pediatras. Entra pagos adicionales por entrega de atención a pacientes específicos (por ejemplo, home care). Este per cápita es ajustado por edad y comprende 70% del pago total. El 30% restante es pago por servicios (fee-for-service) en tratamientos específicos como actividades preventivas, cirugías menores, etc. Los médicos generales que trabajan en redes de médicos reciben pagos adicionales. Lo mismo si emplean enfermeras o secretarías. Con respecto a los hospitales, con las reformas de 1992, se estableció que los hospitales públicos fueran pagados vía GRD, reemplazándose el sistema de pagarles totalmente expost. Los GRD tienen variación interregional, sistema con mucha variación ya que las regiones son libres de fijar los aranceles. Los proveedores privados, a los cuales se les pagaba por tarifas diarias. En todo caso, cuando los hospitales públicos son operados por las ASL, se les paga con presupuesto global.

Fuente: Donatini (2015), Ferré et al (2014), Page (2016), Turati (2013).

Función / país	Finlandia
Descripción General	El sistema de salud finlandés está altamente descentralizado y coexisten tres sistemas que reciben financiamiento público: el sistema de salud municipal, el sistema privado (Seguro Nacional de Salud) y el sistema de salud ocupacional.
Principales actores de la gobernanza y rectoría	Existen tres principales niveles: el Ministerio de Asuntos Sociales y Salud, quien dicta los lineamientos de salud, las municipalidades, y los distritos hospitalarios y centros de salud primaria. No obstante, el actor principal son las municipalidades. La responsabilidad está dividida en 320 municipalidades, 89 municipalidades autónomas y 63 consejos municipales donde se agrupan las restantes municipalidades. Municipalidades no cuentan con una clara separación de función de compra y provisión a nivel primario. Actualmente, la reforma a la salud ha propuesto quince áreas de salud y seguridad social (SOTE), en un esfuerzo por construir unidades más grandes que las municipalidades que coordinen la atención de salud, con un directorio elegido para su administración, con financiamiento fijo capitado ajustado por necesidades ("need-based capitation").
Forma de pooling de los recursos	Existen diferentes mecanismos de financiamiento público para los servicios de salud: financiamiento municipal basado en impuestos y financiamiento del Seguro Nacional de Salud basado en cobros de seguro obligatorio. En lo referido a la provisión estatal, el financiamiento de la salud, proviene también del nivel local (municipal), ya que cuentan con autonomía para fijar impuestos (ingresos y de propiedad). Un 44% de los ingresos son recaudados vía impuestos de nivel municipal. Los municipios destinan un 47% de su presupuesto a seguridad social y salud. El resto de los aportes llegan del nivel central, permitiendo cierto grado de redistribución y aportes diferenciales según las necesidades de cada unidad local. Existe un sistema de compensación de riesgos intermunicipalidades por sobre cierto umbral de gasto (50.000-80.000 euros). Los subsidios estatales están basados en demografía (envejecimiento), perfiles de morbilidad y la capacidad de levantar impuestos. El Estado cubre cualquier déficit por debajo del 92% ingreso promedio nacional municipal. Las municipalidades con recaudación mayor al promedio nacional reciben un 37% menos de subsidio estatal.

Entidad que administra los recursos	La entidad que administra los recursos son principalmente las municipalidades, o en el caso del sistema privado, es el Seguro Nacional de Salud. Las municipalidades financian cerca del 40% de los gastos en salud, y el Estado aportando un 21%, mientras que un 17% lo hace el Seguro Nacional de Salud, Un 22% viene de fuentes privadas.
Método de pago a prestadores	Las municipalidades financian prospectivamente el presupuesto (principalmente histórico) utilizado por los centros de salud primarios. A nivel de prestación de servicios hospitalarios, la compra se realiza vía GRD a hospitales en trece de los veintiún distritos, además de existir un presupuesto basal para el hospital; en los demás casos existen acuerdos basados en pagos por prestación o en base a un presupuesto global. Los municipios se cobran de manera prospectiva, pero las finanzas se equilibran retrospectivamente de acuerdo las cantidades de servicios realmente otorgados. Existe un fondo municipal para cubrir gastos individuales elevados (normalmente por encima de 50.000 euros por paciente o episodio individual).

Fuente: Kautiainen et al (2011), Vuorenkoski et al (2008).

— Anexo 2: Sistema de Empresas del Estado (SEP) en Chile

El Sistema de Empresas Públicas (SEP) es un organismo técnico del Gobierno de Chile, cuya función es representar los intereses del Estado en empresas en que éste es socio, accionista o propietario (el holding agrupa a veintidós empresas). El SEP concentra las decisiones y representación del Estado como accionista en aquellas empresas que éste hace dueño a Corporación de Fomento de la Producción (CORFO), entregando orientaciones y lineamientos generales, velando por el cumplimiento de los objetivos particulares de cada una de ellas, y facilitando a éstas compartir sus experiencias y aprendizajes particulares y el desarrollo de sinergias cuando ello sea posible.

El SEP es un comité creado por CORFO, sin personalidad jurídica, que forma parte de CORFO, y cuya reglamentación orgánica se encuentra dispuesta por resolución de su Vicepresidencia Ejecutiva. Al tomar este modelo estamos relevando la forma en que se ha organizado, pero reconocemos que su informalidad no es ideal y que su Consejo Directivo caracterizado aún por nombramientos políticos no es lo que queremos replicar en salud. Nuestra propuesta postula un Consejo Directivo formalmente seleccionado y con una institucionalidad que descansa en la Ley. En ese sentido queremos rescatar su operación, pero sin dejar de desconocer las deficiencias actuales que presenta el modelo.

En este Anexo, se describe en particular, los vínculos y relaciones que existen entre el Estado y las empresas bajo el SEP. Se abordarán cuatro tópicos relativos a estos vínculos y relaciones: organización del SEP, planificación estratégica, definición del presupuesto, los mecanismos de control de gestión y el gobierno corporativo.

Organización

El SEP es liderado por un Director Ejecutivo que depende del Consejo Directivo. Bajo la Dirección Ejecutiva se encuentran la Dirección Corporativa, Fiscalía y la Jefatura Administrativa.

El Consejo Directivo está compuesto por nueve integrantes designados de la siguiente forma:

- Tres designados por el Presidente de la República, uno de los cuales vendrá nominado como Presidente del Consejo.
- Dos designados por el Ministerio de Hacienda.
- Uno designado por el Ministro de Economía, Fomento y Turismo.
- Tres designados por el Vicepresidente Ejecutivo de CORFO, de los cuales dos podrán ser propuestos, uno por el Ministro de Minería y otro por el Ministro de Transportes y Telecomunicaciones.

Constitución legal

Las empresas afiliadas al SEP se rigen básicamente por las normas del derecho común y privado. Sin embargo, ante la necesidad de modificación de sus estatutos, interviene la Contraloría General de la República al tomar razón de las Resoluciones de la Dirección Ejecutiva del SEP. En general, las funciones de fiscalización de las actividades de las empresas bajo el SEP, están a cargo de entidades estatales. Por ejemplo, la Contraloría General de la República también interviene en materias determinadas, como son cautelar el cumplimiento de los fines de estas empresas, sociedades o entidades; la regularidad de sus operaciones; hacer efectivas las responsabilidades de sus directivos o empleados y obtener la información o antecedentes necesarios para formular un Balance Nacional.

Proceso presupuestario

Anualmente, y a solicitud de la Dirección de Presupuestos (Dipres) del Ministerio de Hacienda (DIPRES), la empresa debe elaborar un Proyecto de Presupuesto para el año siguiente. Este Proyecto de Presupuesto, que es enviado a la Dipres y al SEP, debe enmarcarse dentro de la planificación estratégica (que consta de la definición de una serie de aspectos, como el área de negocio de la empresa, los objetivos estratégicos, y de gestión, las metas y los indicadores para el periodo de planificación, bajo los lineamientos que dicta el Estado) para la empresa respectiva aprobada por el Consejo SEP, lo cual es verificado por este último.

El SEP envía cada año a la DIPRES los Informes Razonados de los Proyectos de Presupuesto, mediante los cuales se da la opinión sobre si éstos se ajustan a la planificación estratégica, aprobada para la respectiva empresa, y si los ingresos y costos se ajustan a los estándares de eficiencia que se espera de ella. La DIPRES en diciembre de cada año, aprueba por decreto el presupuesto de cada empresa para el año siguiente.

Sobre el presupuesto anual de caja, este debe ser aprobado por los ministerios de Hacienda y de Economía, Fomento y Reconstrucción. Además, deben enviar copias de sus estados financieros a las comisiones de Hacienda del Senado y de la Cámara de Diputados.

a. Normas sobre proyectos de presupuesto
Los presupuestos de las empresas SEP deben realizarse de acuerdo a los lineamientos generales que define anualmente la DIPRES, además de reflejar en ellos los objetivos planteados en sus planes estratégicos y los establecidos por el SEP para cada empresa. Es obligación del directorio examinar y aprobar el presupuesto anual de la empresa, y sus eventuales modificaciones, verificando su coherencia con el plan estratégico, en forma previa a su envío al SEP y a la DIPRES.

b. Normas sobre políticas de inversión

Para llevar a cabo las inversiones las empresas deben circunscribirse a la normativa específica de la ley de administración financiera del Estado, cumpliendo todas las disposiciones establecidas respecto a la evaluación económica y social de sus proyectos, aprobaciones por las instancias pertinentes e identificación de proyectos.

Las empresas pueden programar recursos para la ejecución de nuevos proyectos provenientes de la depreciación, venta de activos prescindibles, y en casos muy calificados, con la aprobación del Ministerio de Hacienda y opinión favorable del SEP, vía endeudamiento o flexibilidad de la política de reparto de dividendos o de utilidades.

Sus proyectos de inversión deben aprobados por el Ministerio de Desarrollo Social. A su vez, todo endeudamiento, directo o indirecto, debe ser previamente autorizado por el Ministerio de Hacienda.

c. Normas sobre inversiones financieras y custodia de instrumentos de inversión.

Las empresas SEP deben ceñirse al oficio circular vigente del Ministerio de Hacienda, sobre normas de participación de las empresas del sector público en el mercado de capitales. Solo pueden colocar fondos en el mercado de capitales, previa autorización del Ministerio de Hacienda.

Control de Gestión

Con el Presupuesto aprobado por DIPRES y las metas definidas por el SEP, se realiza el control de gestión mensual y trimestral de cada empresa, a través de informes de gestión, que evalúan el cumplimiento de los objetivos, metas y resultados comprometidos por la empresa.

Gobierno Corporativo: Directorio de las Empresas SEP

1. Funciones

El Directorio o Consejo es el órgano superior de administración de una empresa, responsable de designar y evaluar al Gerente General, determinar su compensación y definir mecanismos para su sucesión y la de otras gerencias. El Directorio o Consejo también es el encargado y responsable de dirigir la gestión de la empresa y monitorear su operación y desempeño; definiendo el propósito de ella y verificando que la administración implemente válidamente la estrategia definida para efectos de alcanzar sus objetivos, todo ello en vistas de que son responsables para con los dueños, accionistas o socios.

Las funciones operativas del Directorio de las empresas SEP se debe ajustar a las prácticas comunes aplicables a toda empresa y observar las particularidades aplicables a las empresas del sector estatal, como las descritas previamente respecto a inversión y presupuesto.

2. Dependencia organizacional

El Directorio reporta y es responsable ante la junta de accionistas, sus socios o ante el Estado, según sea el tipo de organización social.

En el caso de las empresas SEP, es éste quien representa los derechos de dueño o accionista del Estado de Chile en las empresas que se encuentran bajo su injerencia, evaluando la gestión estratégica de las mismas, estableciendo políticas comunes de gestión procurando que éstas logren una gestión eficiente.

3. Conflictos de interés para empresas SEP

Con el objetivo de fijar una base mínima exigible en materia de resolución de eventuales con-

flictos de intereses a los directores de empresas del sector estatal, se han establecido en diversos cuerpos normativos disposiciones que tienden a transparentar los intereses de los directores de las empresas del sector estatal al momento de asumir y cesar en sus cargos, así como a establecer determinadas operaciones que, en razón de su cargo, no les está permitido realizar o las condiciones bajo las cuales les está permitido hacerlo.

Fuente: Decreto con Fuerza de Ley 211 de 1960, Ley N° 18.046 del 2 de octubre de 1981, Sistema de Empresas – SEP s.f, Resolución 381 de 2012.





CEP
CENTRO DE ESTUDIOS PÚBLICOS

Escuela
de **Salud**
Pública
DR. SOLVEDOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE