

Puntos de Referencia

Edición online
N° 416, octubre 2015

Mejorando la salud hospitalaria: Alternativas para el financiamiento y la gestión*

PRESENTACIÓN JEANETTE VEGA M.

Resumen

El sistema de salud chileno ha recorrido un camino para incorporar nuevos mecanismos de pago para la compra de prestaciones. Se espera seguir avanzando en adecuar los incentivos económicos para que, efectivamente, haya mayor acceso a atención de salud con calidad.

Diferentes experiencias internacionales muestran que el ajuste de riesgo (uso de Grupos Relacionados de Diagnóstico o GRD) no sólo incentiva la eficiencia financiera, sino que también estimula la calidad de la atención. En este contexto, los GRD presentan cierto equilibrio entre los riesgos que enfrentan tanto el seguro público de salud como el prestador de servicios médicos.

Los GRD son una metodología de categorización de pacientes (egresos hospitalarios) en cuanto a sus diagnósticos y consumo de recursos.

El objetivo primario que subyace en la construcción de los GRD es establecer una definición de casos tipos que un hospital puede generar como servicio final agrupando pacientes con comportamiento clínico y consumo de recursos similares.

En suma, los GRD son una metodología —muy usada a nivel mundial— que calcula los egresos hospitalarios con un valor promedio: es un sistema de evaluación y seguimiento de la gestión clínica que mejora la eficiencia financiera.

En Chile, los GRD se han usado desde hace tiempo como mecanismo de gestión, no así como mecanismo de pago. Esto se presenta como un cambio trascendental.

Esta es una de las razones que motivaron la implementación de este método de pago a prestadores en el seguro público de salud (Fonasa o Fondo Nacional de Salud) a partir del año 2015 en 14 hospitales y 25 clínicas privadas. Se espera que el año 2018 se incorporen todos los hospitales de mayor complejidad del país y un grupo importante de prestadores privados.

Jeanette Vega M. Directora del Fondo Nacional de Salud (Fonasa).

* Este seminario se realizó el 1 de julio en el Centro de Estudios Públicos (CEP). Las presentaciones de cada expositor se pueden encontrar en la página web del CEP, www.cepchile.cl.

I. Introducción

La agenda del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) para 2014-2018 tiene como objetivo general optimizar la eficiencia financiera y equidad del sistema de salud chileno. Para lograrlo, los mecanismos de pago son una herramienta fundamental.

De este propósito principal se desprenden tres objetivos estratégicos:

- i) Racionalizar y fortalecer los mecanismos de pago utilizados con prestadores públicos.
- ii) Utilizar el poder comprador del Fonasa para negociar con el sector privado las reglas de compra; es decir, que sean mecanismos de pago que compartan riesgo.
- iii) Usar mecanismos de pago como incentivo para mejorar la estructura y calidad del servicio del Fonasa.

Dentro del primer objetivo estratégico (racionalizar y fortalecer los mecanismos de pago utilizados con prestadores públicos) se proyecta realizar cambios en tres niveles.

1. El primero está dirigido a la Atención Primaria de Salud (APS), donde se quiere actualizar el cálculo del per cápita basal para ajustarlo a “necesidad de salud”. Con ello se desea mejorar la equidad, dado que actualmente el per cápita (pago por persona) no incentiva la atención de los ciudadanos, ya que se paga por población inscrita (independiente de cuántas veces requiera prestaciones). El fenómeno se quiere subsanar mediante la implementación de mecanismos de pago por resultados que incentiven lo que se quiere priorizar, para que efectivamente se lleven a cabo las atenciones.

Se espera establecer un mecanismo de pago hacia uno que se asemeje al que se está introduciendo en los hospitales y clínicas privadas (grupos relacionados de diagnóstico o GRD), pero que en APS se denomina sistema de “Grupos Clínicos Ajustados”

(ACG por sus siglas en inglés), que busca convertirse en un modelador de datos que entrega resultados como tipificación y trazabilidad de los pacientes, además de la carga promedio de enfermedad y la efectividad del tratamiento que reciben los pacientes crónicos en la APS.

Mientras se implementa ACG en APS se buscará aumentar la eficiencia asignativa del pago per cápita en la atención primaria a través de la consolidación y transformación del financiamiento para programas que incentiven servicios preventivos y promocionales.

2. El segundo pretende modificar progresivamente el método de pago a hospitales, transformando las transferencias asignadas a través del “Programa de Prestaciones Institucionales” (PPI) —que es una asignación por “presupuesto histórico”— a uno fundado en “Grupos Relacionados de Diagnóstico” (GRD) en base a la mezcla de pacientes y de acuerdo a resultados (presupuestos de acuerdo a *case mix*¹).

3. El tercero se refiere a la modificación de las transferencias asignadas al “Programa de Prestaciones Valoradas” (PPV), este último es un “pago por prestación y pago por intervención sanitaria” hacia el “pago por resultados” en los hospitales. En este último caso se debe procurar que el pago según resultado no desincentive otras funciones como la docencia o la investigación. Por tanto, debe combinar diferentes mecanismos de manera inteligente, en orden a que los incentivos estén bien orientados.

Para el segundo objetivo estratégico (uso del poder comprador del Fonasa para negociar con el sector privado las reglas de compra) se pretende cumplir

¹ El *case mix* se refiere a la casuística o tipos de casos que atiende el hospital. Indica si los pacientes tratados precisan de más recursos, lo que se traduce en un costo más alto de la asistencia médica. La complejidad del *case mix* refleja la demanda de consumo de recursos que el paciente hace a una institución, y puede ser medido en un índice. La cifra de este promedio se encuentra multiplicando el número de pacientes que hay en cada GRD por el peso de cada uno de ellos, dividido por el número total de pacientes de una institución.

con el requisito básico de igualar los sistemas de pago a los prestadores del sector público y privado.

En este sentido, se está implementando el pago mediante GRD a todos los servicios que compra el Fonasa. Este mecanismo (GRD) se aplica a nivel de las compras al sector privado que hacen los hospitales y Servicios de Salud (SS). Hoy se avanza progresivamente a que toda la compra del sector público sea hecha por el Fonasa, y no por los hospitales y Servicios de Salud de manera descentralizada. Esto evitaría la pérdida de eficiencia financiera generada al negociar volúmenes menores y, por el contrario, optimizaría las condiciones de negociación.

En lo que respecta al Fonasa, la Modalidad de Libre Elección (MLE), es decir, que un afiliado pueda atenderse con prestadores privados en convenio con el seguro público, se avanza también hacia un mayor monitoreo del volumen de compra y hacia un precio de acuerdo al tipo de servicio, asimilando a la lógica GRD, es decir, buscando un precio que equilibre el riesgo del prestador, la resolutivez del servicio y que se ajuste al mercado.

En lo que respecta al tercer objetivo estratégico (uso de mecanismos de pago como incentivo para mejorar la estructura y calidad del servicio en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, SNSS) se está trabajando con la Subsecretaría de Redes Asistenciales para apoyar la definición de Sistemas Integrados de Redes de Salud, que tengan roles y funciones de control financiero claramente establecidos y que esos roles sean efectivamente liderados por el Fonasa.

En términos de pagos e incentivos, se busca distribuir el presupuesto según criterios de riesgo sanitario y equidad, completando durante este período (2014-2018) la transición hacia el uso de mecanismos de pago por resultado en todo el SNSS.

Por último, en cuanto al monitoreo y la regulación, se está desarrollando un proyecto de modernización

de las plataformas tecnológicas del Fonasa —una promesa que ha sido incumplida dos veces antes— y que representa un importante desafío. El objetivo de este proceso es conectar la prestación con el financiamiento de manera individual. Es decir, crear cuentas individuales para poder saber realmente cómo se utilizan los recursos y si están cumpliendo su objetivo principal, que es mejorar el acceso a la atención de salud.

En contexto del tercer objetivo, los principios que orientan la implementación de estos cambios son:

- Criterios claros para priorizar. Ello implica mostrar “victorias tempranas”, es decir, avances efectivos por parte del Fonasa (como por ejemplo, una serie de servicios en web). Asimismo, involucra contar con metas alcanzables y posibles, tanto políticamente como en la práctica, y que la información esté disponible en todo momento de manera abierta para diseño, implementación y monitoreo.
- Evitar “shocks” a los proveedores por cambios mal diseñados o implementados.
- Construir y mejorar los sistemas de información existentes. Construir un sistema de información apropiado con estándares internacionales.

II. Métodos de pago, incentivos y riesgo financiero

Los métodos de pago varían en cuanto a los incentivos que generan en las diferentes dimensiones del desempeño del proveedor.

Por ejemplo, en la Figura 1 se muestran 5 tipos de pago —por presupuesto, por acto, por día, por caso y capitación— así como los incentivos que generan en el proveedor en las dimensiones de control de costo, calidad y tendencia a evitar casos complicados.

FIGURA 1: Método de pago e incentivos

Dimensión del desempeño del proveedor	Mecanismo de pago				
	Presupuesto	Pago por acto	Pago por Día	Pago por Caso	Capitación
Control costo	Ningún incentivo	Fuerza del incentivo para el proveedor			Incentivo máximo con el fin de maximizar margen o utilidad
Calidad	Calidad no reduce margen o utilidad	Fuerza del incentivo para el proveedor			Buena calidad sólo para casos que arrojen margen o que sean rentables
Tendencia a evitar casos complicados	Ningún incentivo para evitar casos complicados	Fuerza del incentivo para el proveedor			Alto incentivo para evitar casos complicados

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al control de costos, la fuerza del incentivo en el prestador para controlar costos va desde “presupuesto”, que presenta el mínimo incentivo para controlar costos, hasta “capitación” (pago per cápita o por persona), donde se encuentra el incentivo máximo. En efecto, cuando el pago se realiza mediante un presupuesto los recursos se reciben independientemente de la cantidad de atenciones o de su calidad, etc. En el extremo opuesto, con la capitación el prestador recibe un pago fijo, por lo que tiende a controlar costos ya sea mediante la mantención de sus pacientes lo más sanos posible o tratando de tener la menor demanda de servicios.

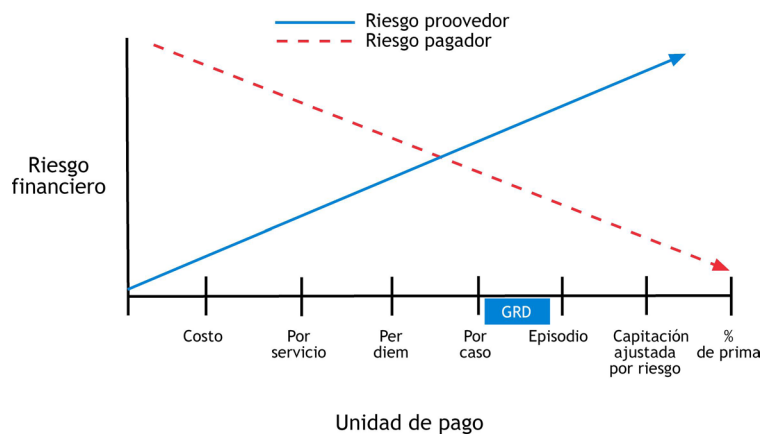
Desde el punto de vista de la calidad del prestador (calidad de las prestaciones) y de la tendencia a evitar los casos complicados, la fuerza del incentivo va en la misma dirección. En el caso del pago mediante presupuesto no hay estímulos para mejorar la calidad ni para evitar dichos casos, sin embargo,

cuando el financiamiento se realiza por persona (per cápita), el incentivo es máximo.

Los métodos de pago generan también diferentes niveles de riesgo financiero tanto para el pagador (seguro) como para el proveedor (prestador de servicios de salud). Ello es importante, puesto que el asumir riesgo financiero incentiva en mayor o menor medida diferentes comportamientos en ambos, dado que cada uno querrá minimizar el riesgo de pérdida.

La Figura 2 representa gráficamente cómo cambia el riesgo que enfrenta cada uno (seguro y prestador) según sea el método de financiamiento, siendo el pago por costo el menos riesgoso para los proveedores (todo gasto es reembolsado) y la capitación ajustada por riesgo (pago por persona ajustado a sus características) y el porcentaje de prima, aquellos mecanismos que mayor riesgo financiero le generan al proveedor.

FIGURA 2: Riesgo financiero en relación a mecanismos de pago



Fuente: Elaboración propia.

El riesgo asumido por el pagador (seguro) funciona de manera inversa, puesto que mientras mayor es el riesgo financiero del proveedor, menor es el que asume el pagador y viceversa.

En este contexto, los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) presentan cierto equilibrio entre los riesgos que enfrentan tanto el seguro como el proveedor. Esta es una de las razones que motivaron la implementación de este método de pago a prestadores, tanto públicos como privados, en el Fonasa.

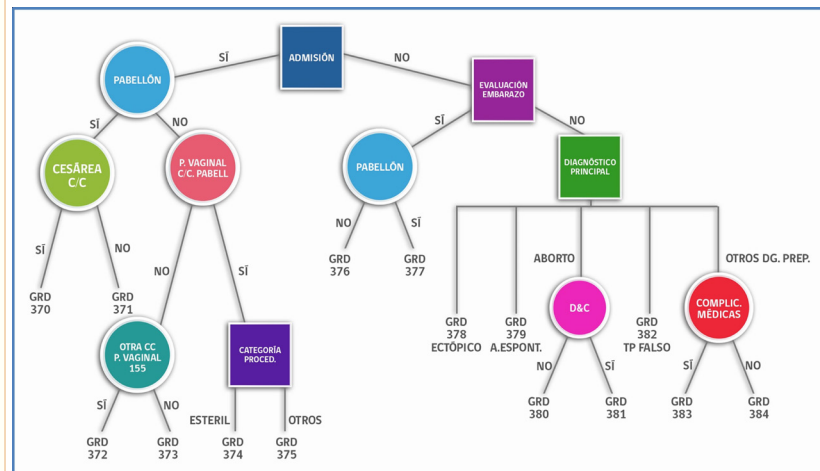
III. Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD). El nuevo mecanismo de pago del Fonasa

Los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) son una metodología de categorización de pacientes (egresos hospitalarios) en cuanto a sus diagnósticos y consumo de recursos. “El objetivo primario en la construcción de los GRD es establecer una definición de casos tipos, que un hospital puede generar como servicio final agrupando pacientes con comportamiento clínico y consumo de recursos similares”².

En suma, los GRD son una metodología –muy usada a nivel mundial– que calcula los egresos hospitalarios con un valor promedio: es un sistema de evaluación y seguimiento de la gestión clínica que mejora la eficiencia financiera.

Es un mecanismo normado, similar a la clasificación internacional de enfermedades. Un ejemplo es el

FIGURA 3: GRD para embarazo-parto-puerperio (CDM* 14)



* CDM: Categoría diagnóstica mayor.

Fuente: Ministerio de Salud-Fonasa.

embarazo, parto y puerperio (Figura 3). Cuando una paciente está a punto de dar a luz tiene dos alternativas: puede ir a pabellón o puede tener un parto normal. En pabellón puede tener un parto vaginal o una cesárea. Si va a cesárea, puede ser una cesárea con o sin complicaciones. Lo mismo ocurre cuando se examina a una paciente y se determina que no está todavía en condiciones de tener un parto o éste corresponde a otro evento como, por ejemplo, un embarazo ectópico o un aborto espontáneo. Y ahí también las resoluciones son quirúrgicas o médicas, con complicaciones y sin complicaciones. Según ocurra alguna de las situaciones anteriores, los GRD clasifican numéricamente la resolución de cada uno de los eventos, en primer lugar, por su nivel de complejidad.

Por lo tanto, una paciente con una cesárea complicada tiene un número específico de GRD. Otra con cesárea, pero sin complicaciones tendrá otro número de GRD. En el caso expuesto (Figura 3), el número 3 significa que son temas relacionados con partos y los números 72 y 73, 74 y 75, registran si éste fue un parto vaginal (sin complicaciones o con complicaciones) o cesárea (con complicaciones y sin complicaciones), respectivamente.

² Fuente: Fetter, R.B, Y. Shin, J.L. Freeman, R.F. Averill & J.D. Thompson. 1980. “Case mix definition by diagnosis-related groups”. *Med Care* 18 (25): 1-53.

IV. Uso de los GRD

Los GRD entregan información muy interesante que permite conocer qué ocurre en los diferentes hospitales del país que cuentan con este sistema de clasificación de los egresos hospitalarios.

Al conocer el costo total para cada hospital (gasto total en el proceso de hospitalización) así como la cantidad de casos resueltos según la clasificación de GRD, se puede calcular dos cosas: el costo medio y el precio base de estos egresos. La diferencia entre costo medio y precio base es que el primero es un promedio y el segundo es un promedio ponderado.

- El costo medio asume que todos los diagnósticos tienen el mismo peso en términos de complejidad.
- El precio base introduce la corrección puesto que algunos hospitales tienen diagnósticos más complicados y, por tanto, mayores costos. En esos hospitales, el precio base de su atención será distinto que en uno que atiende pacientes con diagnósticos más simples. El precio base global representa el precio base del total de hospitales del país.

La Tabla 1 presenta la evolución del precio base global por trimestre, que depende de distintas condiciones. Este muestra que un egreso promedio en

un hospital en Chile, es decir, la resolución de una patología promedio cuesta cerca de un millón 500 mil pesos. Esta cifra es la que se utiliza en el Fonasa como base para hacer los cálculos de los pagos.

Los GRD, además de considerar la complejidad del caso (parto normal o cesárea), se ajustan por la severidad, que se refiere a la evolución durante la hospitalización. Así, si una paciente tiene una infección en el momento del parto y después está complicada por un tiempo, la severidad de su caso es diferente a la de aquella que tiene una cesárea normal y es dada de alta. Por ejemplo, una colecistectomía laparoscópica (una cirugía no invasiva de vesícula usando laparoscopia) tiene un peso GRD de 0,85. El peso GRD es la complejidad que tiene cada egreso hospitalario. La cifra 0,85 quiere decir que la colecistectomía laparoscópica tiene una complejidad menor que el promedio del país, siendo el promedio 1. Un trasplante de corazón o de pulmón es 16 veces más complejo que el promedio de los diagnósticos del país.

Por lo tanto, usar los GRD como mecanismos de pago implica reconocer en cada caso tanto el nivel de complejidad, como el de severidad. Por ejemplo, el costo de una colecistectomía laparoscópica es de \$1.273.874 y el de un trasplante como los mencionados de \$24.473.372.

En Chile, los GRD se han usado desde hace tiempo como mecanismo de gestión, no así como mecanismo de pago. Esto es un cambio trascendental por lo que implica. En efecto a los hospitales que entran en el mecanismo de GRD ya no se les transfiere por “presupuesto histórico”, por ejemplo, sino por “caso resuelto”, por resolución de un caso clínico.

TABLA 1: Costo medio y precio base global, 2013

	Costo medio de egreso hospitalario	Precio base de egreso hospitalario
Primer trimestre 2013	\$ 1.403.765	\$ 1.716.271
Segundo trimestre 2013	\$ 1.108.073	\$ 1.450.699
Tercer trimestre 2013	\$ 1.002.631	\$ 1.438.370
Cuarto trimestre 2013	\$ 1.669.920	\$ 1.378.684

Fuente: Fonasa.

V. Implementación de mecanismos de pago a hospitales mediante el uso de GRD en Fonasa

El Fonasa tiene dos modelos para aplicar GRD como mecanismo de pago: uno público y uno privado. En el caso del modelo público se plantea pagar a 14 hospitales seleccionados (en una primera etapa) mediante GRD. En cuanto a la compra al sector privado actualmente existe una unidad centralizada, la UGCC (Unidad de Gestión Centralizada de Camas) que deriva a los pacientes a distintos establecimientos de acuerdo a disponibilidad y complejidad del caso.

Lo cierto es que no siempre hay disponibilidad de camas en el sector estatal. Esto significa en la práctica que si un beneficiario del Fonasa va a un servicio privado, “se intenta rescatarlo”, puesto que el costo por día es mayor en dicho sector. No obstante, sólo se rescata el 40% de los casos, puesto que además, el costo de rescate es elevado (Figura 4).

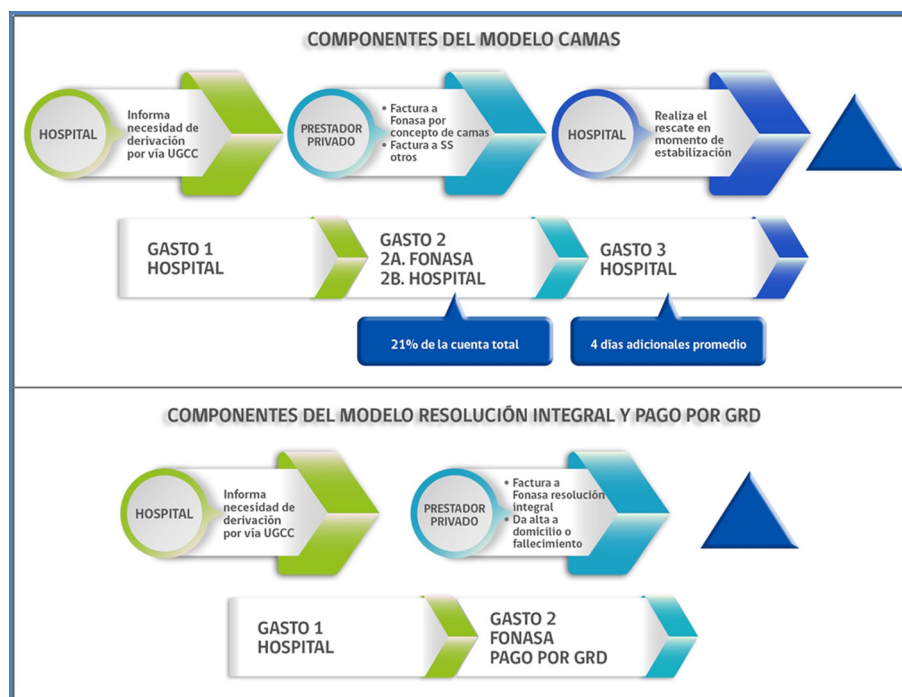
Con la introducción de GRD como mecanismo de pago, se negocia un precio *por la resolución del diagnóstico y el riesgo se comparte entre el Fonasa y el prestador privado*. Si el paciente se recupera, el proveedor gana. Si el paciente se complica, el proveedor pierde y, por lo tanto, en ese sentido esta metodología incentiva una buena gestión por parte del prestador.

a) Pago a hospitales estatales

En 2015 comenzó la fase de implementación del mecanismo de pago a los hospitales públicos por GRD. La primera etapa (2015) consideró 14 hospitales y en la segunda etapa (2016) se agregarán 11. Se espera en 2018 incorporar todos los hospitales de mayor complejidad del país.

Este trabajo implicó primero la definición de establecimientos, luego de la metodología de pago y finalmente del presupuesto asociado. Para la selección de los establecimientos se usaron tres criterios:

FIGURA 4: Comparación entre modelo actual y modelo propuesto para la compra al sector privado



Fuente: Elaboración propia.

cobertura de codificación por GRD mayor a 95%; captura de distintos niveles de complejidad hospitalaria y; que representaran distintas realidades geográficas, por lo que se seleccionaron aquellos que tenían la mejor codificación de GRD, con diferentes niveles de complejidad y realidades sociales y geográficas que abarcan de Arica a Chiloé.

Desde enero de 2015 estos hospitales están enviando mensualmente al Fonasa la información sobre los casos atendidos. A partir de ello se realizan las transferencias mediante el nuevo mecanismo. Entre enero y mayo de 2015 el pago por GRD significó alrededor de \$147 mil millones de pesos.

Es importante destacar que estos hospitales en conjunto recibirán más recursos que los obtenidos por “presupuesto histórico”, puesto que ahora los montos están ajustados por sus niveles de complejidad y producción. Por lo tanto, hay un incentivo financiero para que los hospitales ingresen al sistema. La condición para ingresar es que no pueden generar deuda, puesto que el objetivo es mejorar la eficiencia financiera.

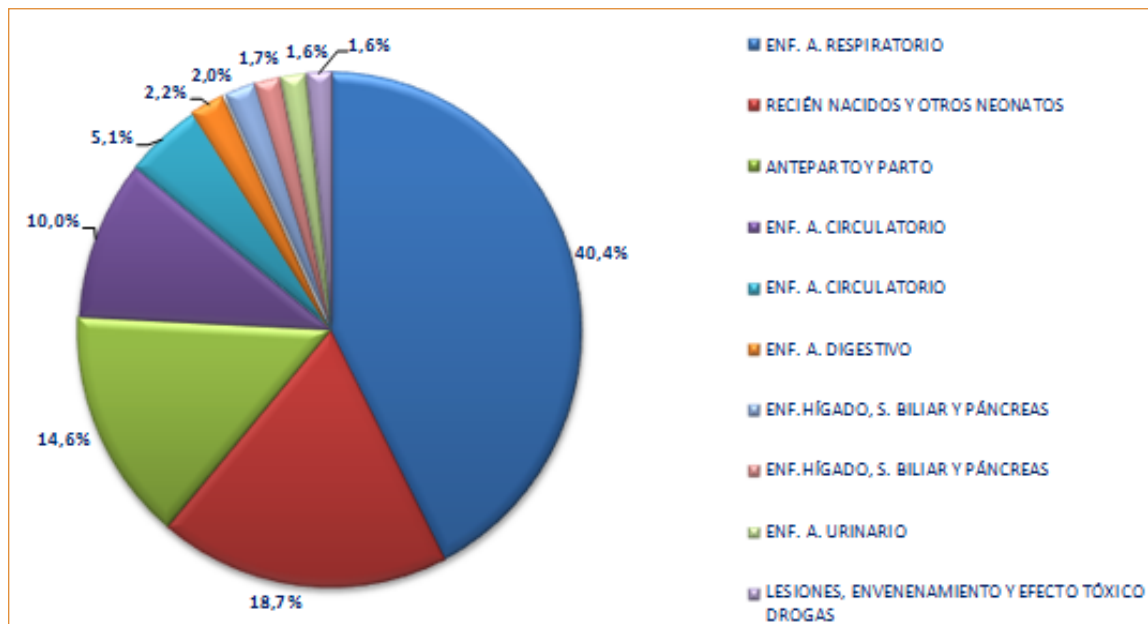
b) Pago a prestadores privados

En el caso del sector privado se partió por reconocer que existe un déficit de camas en el sector estatal y que es necesario comprar al sector privado. En este sentido es importante aclarar que la red chilena tiene proveedores públicos y privados y que el sentido de lo “público” tiene que ver con las reglas del juego y no necesariamente con la propiedad del establecimiento; y que se requiere organizar la compra de manera eficiente y en la actualidad hay mucha ineficiencia financiera y variación de precio.

En consecuencia, se ideó un nuevo método de pago a toda la compra de camas integrales al sector privado, para lo cual se estudió y analizó la casuística y la facturación, se calculó el precio base y se licitó.

La casuística mostró que entre 2010 y 2014 la compra se distribuyó en 242 GRD (Figura 5), de los cuales el 77% se concentra en cuatro categorías mayores: enfermedades respiratorias, recién nacidos y otros neonatos y otros, anteparto y parto, y, por último, aparato

FIGURA 5: Categorías diagnósticas de mayor frecuencia derivadas al sector privado (2010-2014)



Fuente: Fonasa.

circulatorio. A partir de ello se construyó un presupuesto que incluye enfermedades respiratorias y circulatorias, y prestaciones asociadas con parto.

De esa revisión también se desprende hacia dónde deben ir las inversiones. Por ejemplo, en la Figura 5 se aprecia que 36,8% de la cartera corresponde a enfermedades que requieren el uso de ventilación mecánica. Por tanto, es claro que la red pública debe priorizar su inversión en servicios de cardiología, ventilación mecánica y en servicios que tienen que ver con resolución de partos más complicados como incubadoras y otros.

El costo por día para el Fonasa de las derivaciones al sector privado en el período 2010-2103 fue de \$689 mil, lo que implica un promedio por egreso de 6 millones 400 mil pesos. Es decir, al Fonasa le cuesta cerca de 4 veces más cada egreso cuando se deriva al sector privado (comparando con el precio base para el sector público de 1 millón 500 mil pesos).

Para calcular el precio base de la licitación para el nuevo sistema se tomó el precio base hospitalario del sector estatal para 2014 y se ajustó por el déficit en el costo, según las diferencias entre el costo de cada egreso hospitalario y el pago del Fonasa encontradas en el estudio del Fonasa y la Pontificia Universidad Católica de Chile (Cid & Bastías, 2014)³; por el costo de capital; y por el margen de ganancia. Ese monto se tomó como valor base de los GRD (cada GRD ajusta el precio base por su peso relativo) para el sector privado. Además, se realizó una comparación con los antecedentes de facturación de prestadores privados.

Con esos antecedentes se llamó a una licitación que obedeció los siguientes principios:

1. Se basó en el precio base ajustado por el *case mix* de los pacientes, es decir, se considera para cada egreso en particular el precio base multiplicado por su nivel de complejidad y su nivel de severidad.
2. Consideró un tratamiento especial para los *outliers* superiores, que son aquellos que tienen un número de días de estadía mayor a tres desviaciones estándar sobre el promedio. Es decir, aquellos pacientes que se quedaron mucho más allá de lo que se esperaría en una curva normal. En estos casos el seguro público (Fonasa) actúa como reaseguro del proveedor. Por tanto, si bien el proveedor se hace cargo de ese mayor costo hasta ese punto (tres desviaciones estándar sobre el promedio), es el Fonasa quien asume la carga financiera posteriormente. Por ejemplo, si un paciente queda en estado vegetativo crónico no se puede pretender que el hospital privado lo mantenga por el tiempo de vida que le resta al mismo precio.
3. Se realizó un programa de trabajo intensivo con todos los proveedores privados, con información transparente, participación en el proceso y capacitación para estandarización de criterios de codificación.
4. Se desarrolló un piloto en simulación y en operación.

El proceso de licitación comenzó el 29 de enero y se adjudicó el 26 de mayo (2015). Hubo 37 oferentes a nivel nacional, 25 de los cuales cumplieron con los criterios de evaluación. Este proceso significó 10 nuevos prestadores para el Fonasa respecto a la compra de camas anterior y de ellos, 7 nuevos prestadores en regiones. El precio medio con el cual se adjudicó la licitación fue de \$4.892.000, es decir, 2,5 veces lo que se había calculado para el sector público. El ahorro calculado para el sistema nacional de servicios de salud es de 5 mil millones

³ Estudio Fonasa-PUC sobre costo de los egresos hospitalarios (Cid, C. & G. Bastías. 2014. "Evaluando la situación financiera de los hospitales públicos a partir de los costos actualizados de sus prestaciones". *Rev Med Chile* 142: 161-167)

(se estima que hay un pequeño porcentaje que se requiere modificar, relativo a ajustes de tecnología, cercano a 2% en los casos derivados).

VI. Comentarios finales

En resumen, el sistema de salud chileno ha recorrido un camino para incorporar nuevos mecanismos de pago para la compra de prestaciones. Se espera seguir avanzando en adecuar los incentivos económicos para que, efectivamente, haya mayor acceso a atención de calidad. Diferentes experiencias internacionales muestran que el ajuste de riesgo (uso de GRD) no sólo incentiva la eficiencia financiera, sino que también estimula la calidad de la atención.

A partir de 2015 el Fonasa incorporó este nuevo modelo, tanto para el pago a los prestadores del sector público como privado, con lo cual la institución se pone en línea con los métodos utilizados por los países desarrollados (OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), quienes en su mayoría utilizan este mecanismo de pago.

Es importante recalcar que para avanzar en la implementación de métodos de pago adecuados, se requiere tener la capacidad de trazar en el sistema

a cada paciente. En este momento no se puede, así como tampoco se puede hacer con los medicamentos. Sólo es posible integrar redes si es que se tiene un seguimiento del paciente desde su primer contacto con el sistema hasta la resolución de su problema.

Durante muchos años ha habido intentos de instalar una ficha clínica electrónica pero con el objetivo de registrar, no de hacer seguimiento y de conectarlo con el registro financiero. El desafío más urgente es enlazar lo que ocurre con un paciente desde ese punto de vista, de lo que se realiza con él y de su costo.

Para concluir, se debe señalar que los temas abordados son materias que trascienden los gobiernos y tienen que ver con cómo una sociedad se organiza. En ese sentido el éxito o fracaso del sistema de salud chileno depende de todos.

La salud debe ser vista como país y como sociedad, porque efectivamente los costos en salud en todos los países del mundo son más grandes que el aumento del producto interno bruto y todos enfrentan los mismos problemas. Por lo tanto, requieren de ser pensados con una mirada más amplia. **PdR**