

Asesoría mes de **Julio**

El objetivo de la salud

El alto costo de procedimientos pone en cuestión la misión del sistema sanitario chileno.

Julio 2021

Desde la reflexión sobre el proyecto de ley presentado que quiere regular el precio de los exámenes y procedimientos médicos, este documento analiza la situación actual para la aplicación de esa propuesta y posibles consecuencias y mecanismos para favorecer una mejor salud a nivel nacional a largo plazo.



CONTENIDO

Introducción.....	2
Observatorio de precios.....	3
Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).....	5
Publicación de precios.....	10
Fijación de precios.....	13
Experiencia con Grupos de Diagnóstico Relacionado GRD	17
Método de aplicación de nueva legislación en el sistema SANitario.....	19
Plan para el mejoramiento de la salud en Chile.....	¡Error! Marcador no definido.
Conclusiones.....	22
Bibliografía.....	26
Anexo 1: Proyecto de Ley	28
Anexo 2: Artículo 30. Ley 19496 establece normas sobre proteccion de los derechos de los consumidores.....	29
Que es el arancel Fonasa	30





INTRODUCCIÓN

Recientemente se presentó y se votó a favor de legislar el proyecto de ley respecto a **la regulación del precio de los exámenes y procedimientos de apoyo diagnóstico y clínico realizados ambulatoriamente, de urgencia o electiva**. Este proyecto de ley viene publicado en el Boletín 13892-11 (Anexo1)¹.

En su presentación se muestra preocupación por parte de algunos senadores respecto al precio de los exámenes médicos y los procedimientos de apoyo al diagnóstico y clínico privados, y también se plantea la obligatoriedad de informarlo públicamente.

Afirman que, aunque en Chile los valores de prestaciones médicas poseen como referencia un valor fijado por Fonasa, las instituciones prestadoras de estos servicios tienden a establecer precios de atención diferentes y muy superiores a estos.

De este modo, en el Boletín se muestran diferentes comparaciones de precios respecto a los mismos procedimientos, los cuales alcanzan un hasta un 700% de diferencia entre instituciones privadas. A partir de unas tablas que muestran estas diferencias se concluye que las prestaciones de salud tienen diferencias significativas dependiendo del lugar donde se tomen, por lo que quieren establecer un marco regulatorio para que los precios de la salud privada sean más homogéneos.

El proyecto presentado tiene tres partes relativas a los precios de exámenes y procedimientos:

1. **Crear un observatorio para registrar las estadísticas**, relativas a su variación.
2. Establecer la **obligatoriedad de acceso a los precios** en cualquier momento.
3. **Fijación máxima de precios** mediante un porcentaje adicional al arancel Fonasa.

1

https://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDocto&iddocto=14457&tipodoc=mensaje_mocion





Una de las tres medidas que incluye el proyecto es la creación de un observatorio para registrar las estadísticas relativas a la variación de precios.

OBSERVATORIO DE PRECIOS

Como indica el proyecto:

Los **precios** de los exámenes y procedimientos de apoyo diagnóstico y clínico cobrados por los Prestadores Institucionales de Salud, en sus distintas modalidades de cobertura, serán **observados y registrada** dicha información. Además, **se realizarán estudios, análisis, estadísticas y recomendaciones de políticas públicas** con la información recopilada que contribuyan a generar una mayor transparencia y fortalecer el acceso a ellos.

Este observatorio de precios, según señala la Asociación de clínicas de Chile, ya se está empezando a realizar junto con la Superintendencia de Salud a la cual las clínicas de Chile están apoyando para su mejoramiento.

Desde las clínicas afirman que el **observatorio está diseñado para marcar el precio directo**, pero lo que querría saber también el usuario es a la **bonificación esperada por la ISAPRE**, así como la bonificación esperada por otros seguros de salud. De otro modo esta herramienta no es útil y las personas no saben cuánto deben pagar por cada prestación que piden.

Este observatorio debería **obligar a las ISAPRES a aportar esa información** para que el usuario pudiera saber el valor final que el usuario va a pagar.

Esta herramienta debería resultar un instrumento de uso cotidiano para ofrecer información respecto a precios y coberturas reales (gastos de bolsillo) de diferentes prestadores. Esta información podría disminuir los precios a pagar por los usuarios.





Sin embargo, aunque un observatorio podría ser un elemento importante para la autorregulación de precios del mercado, no sería una solución si los datos entregados y a comparar no tienen ningún sentido para el usuario común, como es el caso. **El propósito de la ley es comparar y adaptar los gastos utilizando los aranceles FONASA (Anexo 3)**

Sin embargo, **el Colegio médico, señaló** que este proyecto va en dirección equivocada² dado que la actual propuesta de **fijación de precios está asociada a aranceles que han demostrado durante décadas, ser insuficientes para cubrir los costos de producción (MAI)**, sin considerar elementos como el tiempo, el estrés, la complejidad y las habilidades técnicas que requiere un procedimiento, así como las diferencias de costos en diferentes lugares de Chile.

Desde el Colegio médico **señalan 4 aspectos fundamentales** para implementar mejoras en la salud:

- a) es **necesaria una institucionalidad técnica robusta** para una adecuada implementación de regulación tarifaria
- b) **el diseño de la regulación** es clave, y requiere aprender de experiencias exitosas
- c) para avanzar en esta materia es necesario **considerar recursos y una gradualidad** para conseguir los objetivos deseados
- d) la regulación **no puede darse únicamente a ciertas prestaciones** (exámenes o medicamentos). Es imprescindible que se incorpore a todos los niveles del sistema de salud.

Existen diferentes tipos de pagos que pueden regular el sistema sanitario, de ellos, los que se consideran más eficaces y que han dado mejores resultados son Grupos Relacionados de Diagnóstico.

² <https://www.colegiomedico.cl/declaracion-publica-sobre-el-proyecto-de-ley-titulado-regulacion-de-precios-examenes-y-procedimientos/>





Para su desarrollo, la regulación de la salud debería estar supeditada a un conocimiento, clasificación y regulación de todos los procedimientos realizados, el cual, según señalan diferentes expertos, debería centrarse en los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD),

GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO (GRD)

Los GRD se inventaron (en la Universidad de Yale, década de los 70) para medir el rendimiento de un hospital. El contar los pacientes podría ser un método, sin embargo, no estaría observada la dificultad de cada paciente. En los GRD, mediante variables demográficas, comparan grupos de pacientes clínicamente. Existen cerca de 600 GRD en base a la afectación del paciente y del procedimiento que se ha realizado. Estos GRD tienen diferentes elementos de comparación como (modelo español de GRD³):

- Comparación entre hospitales a través de una amplia gama de recursos y de medidas de resultados.
- Evaluación de diferencias en las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados.
- Ejecución y soporte de los protocolos o guías, así como desarrollo de actuaciones ante factores críticos.
- Identificación de los proyectos de mejora de calidad continuos.
- Pago de casos, de una región a otra.
- Como base de gestión interna y de sistemas de planificación.
- Contrato regional de la atención hospitalaria de los pacientes hospitalizados.

Este tipo de comparación tiene una lógica clínica que la hace de mayor utilidad en este ámbito. Países que están adecuando sus sistemas de salud a los GRD son, por ejemplo: Portugal, Italia, Bélgica, Australia, Francia, Inglaterra, País de Gales, Irlanda, Suecia y Noruega. Alemania o Japón.

En el sistema GRD, se entregan recursos en función de las enfermedades tratadas por cada hospital. El peso de cada enfermedad es diferente, de este modo los pesos GRD

³ <https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/analisis.pdf>





establecen los recursos que se pueden necesitar para tratar un caso de un GRD determinado y ese es el monto entregado al Hospital.

Existen diferentes formas de contabilizar el peso de una GRD , teniendo en cuenta los siguientes elementos:

Tabla 1-1: CENTROS DE COSTE

AUXILIARES	DIARIOS
<ul style="list-style-type: none">• Suministros• Laboratorio• Radiología• Quirófano• Prescripción de medicamentos• Unidad de Cuidados Intensivos• Otros auxiliares• Varios	<ul style="list-style-type: none">• Médicos• Administrativos• Rutina diaria

<https://www.mscls.gov.es/estadEstudios/estadisticas/docs/analisis.pdf>

Para comprender los GRD podemos ver un ejemplo:

En FONASA, un neonato con bajo peso tiene el costo más alto. Así, el peso de su GRD es muy alto. Es 20 veces más costoso que la media de enfermedades.

158023 | PH NEONATO, PESO AL NACER <1000 GR CON PROCEDIMIENTO MAYOR W/MCC | PESO RELATIVO=20,6461 Y tal vez su fijación.

(En 2015 el precio que FONASA pagaba para las hospitalizaciones de ese grupo era de \$ 33.401.686 pesos chilenos (43.000 USD))

En cambio un neonato con peso casi normal tiene un costo más bajo: El costo para el hospital es de una décima parte que la media de enfermedades que tratan los hospitales.

158171 | MH NEONATO, PESO AL NACER >2499 GR SIN PROCEDIMIENTO MAYOR | PESO RELATIVO=0,1055

Por cualquier paciente que ingrese en ese grupo FONASA pagaba en 2015 \$ 158.250 pesos chilenos (200 USD).





A partir del establecimiento del peso de cada GRD se entregan, actualmente en Chile, algunas gratificaciones a los hospitales.

Para la comparación sería necesario crear un arancel mediante los GRD para establecer también un método de comparación de precios. El peso GRD marca cuanto más gasta un paciente que el promedio de pacientes en el sistema sanitario.

En los GRD se entrega un solo monto por enfermedad curada, así el hospital o clínica debe utilizar los recursos adecuados sin realizar un excesivo gasto en pacientes y dando las altas cuando son adecuadas. En caso contrario, un hospital o clínica podría retrasar el alta y hacer muchos exámenes a algún neonato para tener más réditos para el centro sanitario.

De este modo los GRD contienen el gasto sanitario y disminuyen los exámenes innecesarios.

En el mismo sentido, el exsuperintendente Sebastián Pavlovic recomienda que exista una aplicación de pagos paqueterizados y GRDs para atenciones electivas, de urgencia y hospitalizadas. También es necesario el establecimiento de un **arancel único, y un único sistema de codificación**. Además, los prestadores deberían estar obligados a la homologación de aranceles que no estén presentes en la lista única por la Superintendencia de Salud y que no sean pagados si no están arancelados. No debería existir ningún arancel sin cobertura.

Además, como indica Fernando Poblete, el cambio **hacia un sistema GRD lograría incentivos para avanzar hacia lo que el sistema sanitario necesita mediante el establecimiento de precios y también incentivos**, en vez del pago por servicio (fee for service). Para establecer el costo de estos GRD es imprescindible tener el sector público como referencia, señala.

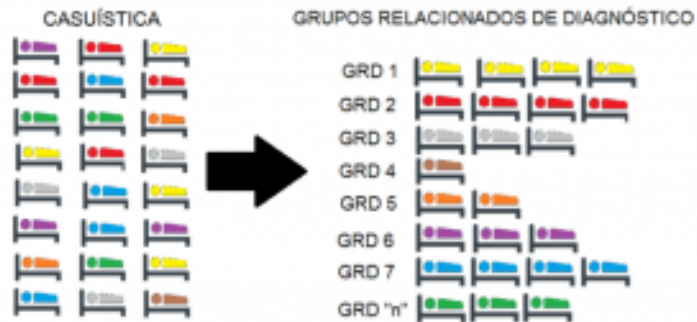
GRD INCENTIVO A LA CALIDAD





La diferencia entre el pago según causística (Arancel MAI) y el pago según GRD vendría expresada del siguiente modo:

En el mismo sentido, Emilio Santelices señala, el MAI (o Arancel FONASA) se dejó de utilizar el 2017; el pago actual (en FONASA) es por



GRD y por PPV (que financia condiciones priorizadas GES o no GES). **El arancel Fonasa no tiene en cuenta la variable de calidad.** Para el exministro, existe la **necesidad de reducir el gasto de bolsillo** e inducir el mecanismo de pago para mover a todo el sistema hacia una **lógica de mejores resultados de salud asociados a menores gastos de bolsillo.**

De este modo, según los expertos en el tema, existe la necesidad de realizar grandes reformas y que las pequeñas reformas planeadas se vayan formulando, viendo el largo plazo y llevando a la salud hacia una mejor administración.

Así pues, junto con el observatorio de precios deberían existir diferentes acciones en pro de conseguir una mejora en la sanidad de país; por ejemplo, se debería crear un **código común para comprender los datos entregados (GRD).**





Crear observatorio precios

- Crear grupos GRD universales para todas las prestaciones de salud (Universales).
- Establecer como sistema único (de comunicación) los Grupos Relacionados de Diagnóstico para la salud FONASA y privada.
- Crear una institucionalidad técnica robusta para una adecuada implementación de regulación tarifaria (colmed)
- En el diseño de la regulación requiere aprender de otras experiencias exitosas (colmed)
- Es necesario considerar los recursos y una gradualidad para conseguir los objetivos deseados (colmed)
- La regulación no puede darse únicamente a ciertas prestaciones (exámenes o medicamentos). Imprescindible que se incorpore a todos los niveles del sistema de salud.
- Debe existir un establecimiento de guías clínicas y estándares públicos para que el público pueda conocer cuando se puede aplicar un determinado examen o procedimiento.

Los Grupos Relacionados al Diagnóstico (**GRD**) son un sistema de clasificación de amplio uso mundial que **permite conocer la casuística y complejidad hospitalaria, los productos y servicios finales brindados y la calidad de servicios de éstos; por lo tanto, contribuye en forma clave en la evaluación del desempeño.**

Dado que no existe un código común entre las diversas instituciones, la **publicación de precios en páginas web** o por cualquier otro sistema no entregan ninguna información al usuario ya que no son comparables ni certeros a la hora de estipular el pago de un servicio sanitario.





PUBLICACIÓN DE PRECIOS

El proyecto de ley también demanda la publicación de precios:

Los Prestadores Institucionales de Salud tendrán la obligación de informar el precio de cada examen y procedimiento de apoyo diagnóstico y clínico que realicen. Los valores deberán estar previamente publicados, en sus propios sitios electrónicos, y en formato físico a disposición del público general. La publicación se hará a través de un listado que compare el precio ofrecido por el Prestador, el Arancel del Fondo Nacional de Salud y la diferencia que se produce entre ellos.

De este modo, si bien el proyecto demanda legislar respecto a la publicación de precios de exámenes y procedimientos, la ley del consumidor ya establece este requisito.

La ley de protección al consumidor ya expresa este requerimiento:

Artículo 30.- (...)

El precio deberá indicarse de un modo claramente visible que permita al consumidor, de manera efectiva, el ejercicio de su derecho a elección, antes de formalizar o perfeccionar el acto de consumo.

Igualmente se enunciarán las tarifas de los establecimientos de prestación de servicios (...)

La ley también establece que los establecimientos comerciales deben mantener una lista de sus precios a disposición del público, de manera permanente y visible.

Y, aunque efectivamente, **los precios están publicitados en las páginas web de las instituciones de salud; cada institución tiene un sistema de código MAI “Fonasa”** diferente que no permite comparar entre servicios, por ejemplo:





Centro	Concepto	Código "fonasa"	Precio
Clínica Alemana ⁴	DIA-CAMA UN.TRAT.INTENSIVO	0201201	\$1.086.553
Clínica Andes Salud Concepción ⁵	DÍA CAMA CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO	202201	768348
Clínica Puerto Montt ⁶	DIA CAMA Cuidados Intensivos (U.C.I.)	201018	393.721
FONASA ⁷ (Plantilla MAI 2021)	DIA CAMA DE HOSPITALIZACION INTEGRAL ADULTO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	0201201	167.600

Puesto que existe una imposibilidad de comparación, para poder comparar precios, debería existir un código único para las prestaciones. Al no existir ese código un usuario no puede saber la diferencia de valores o si estos valores están sujetos a la cobertura de su ISAPRE (si están arancelados).

Además, al existir un observador de precios, debería también existir un mecanismo para observar todos los precios de clínicas e ISAPRES a la vez, y así poder tomar una elección como consumidor.

Otro problema añadido es que, al no existir un código, las ISAPRE pueden no reconocer los códigos y no pagar los tratamientos. En el mismo sentido, la asociación de Clínicas privadas propone que, aunque según señala la ley, los precios ya son públicos, podrían existir mecanismos para mejorar la eficiencia en el acceso a la información por parte de pacientes. Además, las ISAPRE emiten sus seguros utilizando diferentes valores monetarios como AC o UF, los cuales deberían ser más comprensibles y únicamente con un porcentaje de bonificación y sin topes máximos.

Asimismo, también debería existir un conteo de las prestaciones que ya utilizó el usuario y cuanto le que da para llegar al tope de cobertura, para que pueda elegir la clínica en donde tratarse.

⁴ <https://www.alemana.cl/wls/arancel/buscarc.htm?idClasificacion=1&pagina=1&cantidad=100>

⁵ <https://www.andesaludconcepcion.cl/aranceles/>

⁶ <https://clinicapuertomontt.cl/wp-content/uploads/2020/06/ARANCEL-WEB-2020-I-Colmena.pdf>

⁷ https://www.fonasa.cl/sites/Satellite;jsessionid=ufxK0PR14nDbIws9jb1JP6QI712d7TAMjZ6y8DD02gGBt41DOFSw!730046559!444791042:hg4VikvuMH5wNz93rMfjSGDmV-x7YSSo?c=Page&cid=1520002044318&pagename=Fonasa2019%2FPage%2FF2_ContentidoDerecha





PRESTACIONES	LIBRE ELECCIÓN (*)		
	Bonificación		Tope Máximo Beneficiario/Año
	%	Tope	
OTRAS COBERTURAS			
Lentes Ópticos	90%	1,8 UF	1,8 UF
Medicamentos e Insumos de Servicio de Urgencia	70%	2 UF	Sin Tope
Box Ambulatorio		4,6 AC	
Instrumental Robótico	100%	20 UF	Ver Anexo (*)
PAD para fertilidad		1 AC	

Por ejemplo, este un plan con un costo de más de 100.000 pesos mensuales. En este plan se estarían cubriendo el 70% de los medicamentos en el Servicio de Urgencias, hasta llegar a 2 UF (que son unos 60.000 pesos). La Clínica Alemana tiene un valor para el paracetamol de 82. 866 pesos. Así en este plan, al asistir a urgencias únicamente cubrirían un paracetamol y no cualquier

1,8 UF
2 UF
4,6 AC
20 UF
1 AC

otro medicamento que pudiera necesitar en urgencias. Así, aunque en el contrato se remarca un porcentaje del 70%, en realidad el tope de 2UF es el valor lo que marca un máximo (sin tope anual máximo). Otro ejemplo es para la cobertura ambulatoria, en que el monto máximo son 4,6 AC, monto al cual un usuario común no tiene acceso, no existe una medida AC universal.

Obsevamos además que los valores Topes (que pueden ser determinantes) están escritos más pequeños que los otros.

La primera de las medidas para controlar el precio de los exámenes y procesos médicos es la obligatoriedad de publicitar los precios, pero también es necesario agruparlos bajo un mismo lenguaje y documento para poder compararlos, con un código Universal y una cobertura porcentual sin topes y con lenguaje entendible.





Crear comparador de precios

- Debe existir una publicación de los precios según los GRD universales chilenos una vez estos estén operativos.
- La información que se entregue a los usuarios debe contemplar los precios con bonificación de ISAPRE y precio final a pagar por el usuario (colmed) en pesos o UF, sin incluir códigos monetarios diferentes.
- Erradicar los topes en salud.
- Cada usuario debería poder conocer el valor de cada grupo relacionado de diagnóstico en cada clínica u hospital y el valor que le tocará pagar para un GRD.
- Este mecanismo debería incluir una institución que lidie en los conflictos entre aseguradoras y prestadoras sin pasar por los asegurados.
- Las aseguradoras (ISAPRE) deberían iniciar la validez del seguro una vez una urgencia entra en un centro sanitario.
- Deben existir el establecimiento de estándares para el aseguramiento de la salud y observación de cobertura de Isapres y intervenciones con código desconocido.

FIJACIÓN DE PRECIOS

Un tercer mecanismo que presenta el proyecto es la fijación de precios:

El precio de los exámenes y procedimientos de apoyo diagnóstico y clínico realizados ambulatoriamente, de urgencia o electiva, tanto en horario hábil, como inhábil, no podrá ser superior al 50% del valor asignado en el Arancel Modalidad Institucional del Fondo Nacional de Salud, regulado en el Libro II del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2763 de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933. Por su parte, el precio



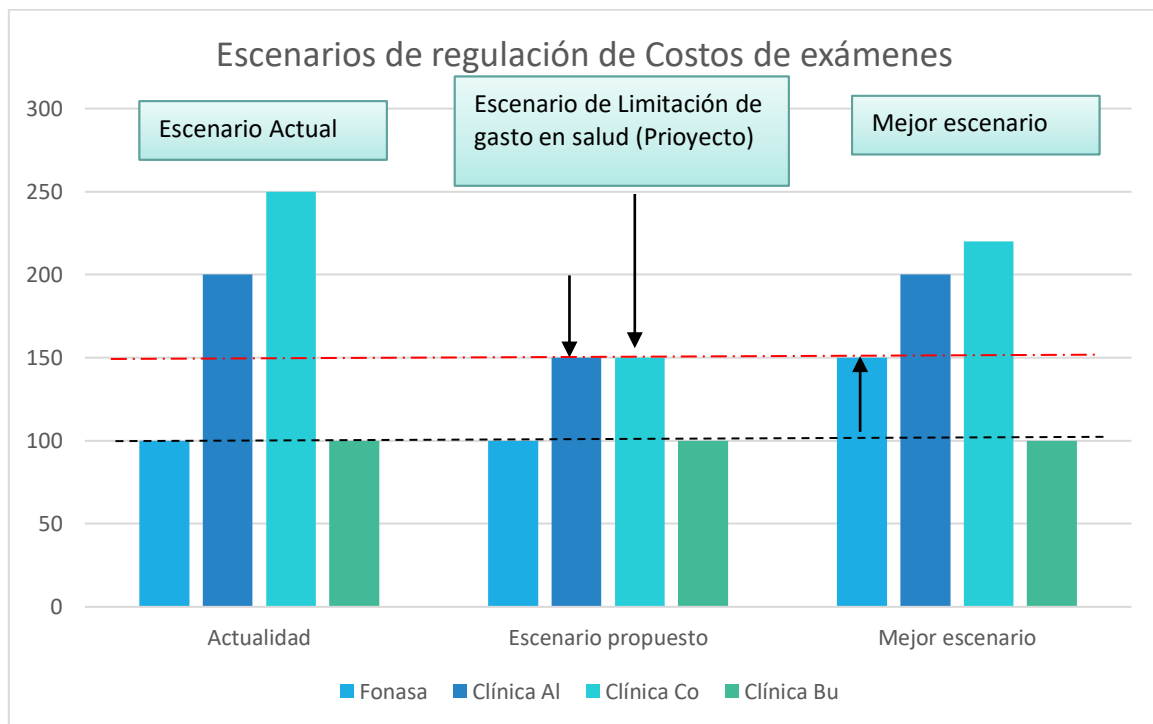


de estas prestaciones realizadas en atención cerrada, tanto en horario hábil como inhábil, no podrá ser superior al 40% del referido arancel.

Interpretando el texto, podríamos decir que el objetivo de este artículo es establecer un rango de precios para los procedimientos y exámenes a través de los tres mecanismos.

El proyecto presentado quisiera establecer un máximo adicional a lo establecido por FONASA para los exámenes y otras prestaciones de salud para todas las instituciones prestadoras de atención médica. El proyecto de ley propone que ningún procedimiento pudiera costar más del 50% del arancel FONASA.

Sin embargo, la existencia de un rango de precios podría no fortalecer el sistema sanitario, entregando atenciones de un costo inferior; sin embargo, el arancel actual no representa el gasto real de cada procedimiento. Con esta medida se generaría un nuevo escenario:





Escenario Actual: Como observamos, en el modelo actual existe mucha variación en los precios. Actualmente, tan solo dos clínicas tienen costos mayores, mientras que las otras cumplen en tener unos precios poco mayores a Fonasa.

Escenario Proyecto: En el escenario propuesto todas las clínicas tendrían un precio similar; habría un estándar de calidad en la atención de salud comparable y estabilizado en el nivel actual de Fonasa (como máximo). Cualquier persona que quisiera obtener una salud de mejor calidad no podría atenderse en el país, ya que los presupuestos actuales provocarían menor gasto en especialistas y en equipos, porque no serían rentables. Para una institución privada sería una pérdida el realizar ningún gasto en equipo moderno. De este modo el equipo utilizado sería anticuado y se debería ahorrar en todo lo superfluo y también en lo importante (aire acondicionado, mantenimiento, médicos, personal, etc.).

Siguiendo esta lógica, una persona de grandes recursos que estuviera siendo tratada en Chile podría tener problemas para continuar su tratamiento en el país, si este fuera costoso y fuera una prestación arancelada. La propuesta de ley actual sería que el sistema privado se pareciera más a Fonasa, como mínimo en financiamiento.

Esta expectativa, teniendo en cuenta la situación del sistema sanitario chileno, no sería buena. El Sistema Nacional de Salud, con el presupuesto actual, no ha logrado tener un nivel adecuado de calidad; así, por ejemplo, un paciente debe esperar hasta 558 días para una cirugía (18 meses)⁸. Y mientras la OMS recomienda consultas médicas de 20 minutos, las teleconsultas de FONASA duran 10 minutos⁹

En un tercer escenario, en el que el sistema público mejorara su financiamiento, existiría mayor competencia para el privado. Ello provocaría que el sistema privado tuviera que reducir los gastos y mejorara los procesos para captar público del sistema público. Actualmente Fonasa es, de todos, el sistema más infrafinanciado, lo cual provoca que no

⁸ <https://www.latercera.com/la-tercera-sabado/noticia/clinicas-se-adjudican-por-primera-vez-resolucion-de-lista-de-espera-de-hospitales/R3PJMLFNNCZBCZSSWVVULWEAQ/>

⁹ <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/adjuntos/ManualTeleconsulta#:~:text=Para%20las%20prestaciones%20del%20grupo,ser%20de%20m%C3%ADnimo%2030%20minutos.>





exista ninguna competencia para las clínicas privadas. La demora en la realización de cualquier examen o consulta es excesivo, lo que provoca un éxodo de pacientes hacia el sistema privado. El mal estado de las instalaciones, la falta de implementos y la falta de personal provocan la salida de recursos de esta institución hacia entidades privadas: Las personas que acuden a centros privados quieren evitar Fonasa, dada su mala calidad asistencial. Además, la infrafinanciación del sistema sanitario ha provocado un hoyo financiero en las instituciones sanitarias públicas que debería ser remediado y compensado. Es por este motivo que la única regulación posible del mercado actual sería la fijación de precios; al no existir sanidad pública de calidad en el país; pero ese escenario sería peor que el actual.

El objetivo final del proyecto no viene expuesto en el boletín; sin embargo, la razón por la que se aplicaría esta medida no sería reducir la oferta, sino que la intención del proyecto es hacer de la sanidad un mercado en el que existiera una mayor competencia y calidad. Es la calidad en la medicina la que falta en la atención pública, que es lo que busca la población que asiste a centros privados. Un establecimiento de precios en vez de incrementar la calidad en el sistema, la reduciría.

Dado lo expuesto, si el objetivo del proyecto fuera la fijación de precios dentro de un rango acotado, se caería en una limitación de la oferta, llegando a un modelo en que todos los centros serían más parecidos a Fonasa, además de otros problemas que señala la Asociación de clínicas de Chile:

- 1- **Afectaría negativamente a los pacientes Fonasa** que hoy acceden a prestadores que ellos eligen y a precios fijados.
- 2- Sería discriminatorio. Por ejemplo, **afectaría a los médicos que prestan determinados servicios** de imágenes, diagnósticos cardiológicos (por nombrar algunos) y no a otros profesionales que presentan servicios de anestesiología o cirugía.
- 3- Terminaría **disminuyendo su costo técnico a las ISAPRES**. Las Isapres podrían ganar aún más dinero.





- 4- **Podrían reducirse aquellas prestaciones que son financiadas por las Clínicas de alta complejidad** a través de los precios de los exámenes, optando por menor tecnología y calidad.
- 5- Por último, si se concluye que es necesario fijar precios **lo debiera hacer un panel técnico experto** debido a que deja fuera de rango a muchas clínicas.

Esa fijación debería tener en cuenta factores como:

- El costo de cada institución dependiendo de su complejidad (alta, mediana, o baja)
- Distintos costos de médicos especialistas y subespecialistas
- Distinta infraestructura y nivel de servicio
- Diverso valor de la tecnología.
- Condiciones de la prestación (disponibilidad 24 horas, disponibilidad de servicio y cumplimiento de exigencias de acreditaciones internacionales).

La fijación de precios, a nuestro entender no debería existir, dado que limitaría la oferta y la calidad de la sanidad, en cambio, sí debería existir un financiamiento y codificación única de la sanidad pública y privada a partir de los Grupos de Diagnóstico Relacionados.

EXPERIENCIA CON GRUPOS DE DIAGNÓSTICO RELACIONADO GRD

Ya desde 2015 se viene realizando un proyecto piloto con 14 hospitales en los que se entregan fondos mediante Grupos Relacionado de diagnóstico a esos hospitales se han ido añadiendo más con el paso de los años. En estos 14 hospitales el 100% del pago a estos centros hospitalarios se realizó conforme al sistema de GRD, mientras que la información de costos mediante un sistema llamado WINSIG, procurando que esos pagos no desincentiven la investigación.



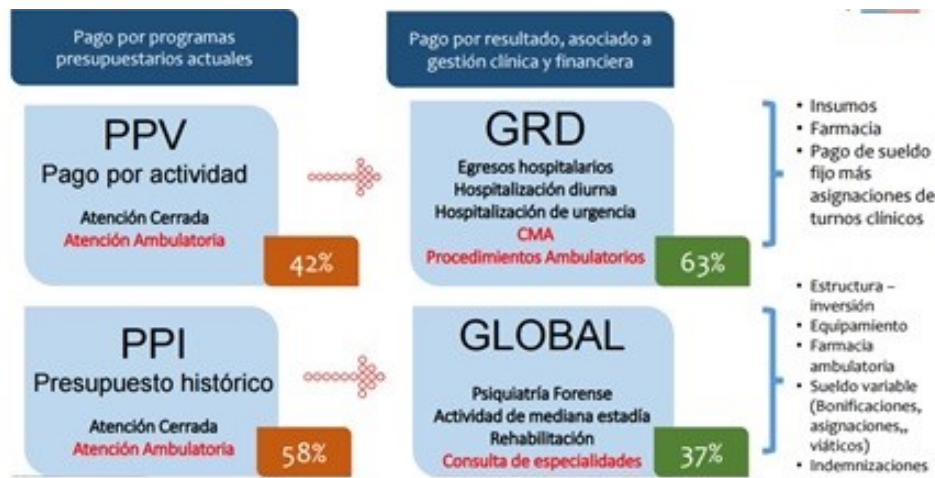


Este sistema de pagos puede proteger a los beneficiarios independientemente de la estadía, además evita incentivos perversos por beneficiarios que requieran estadías prolongadas, disminuyendo el gasto en hospitalizaciones.

Este tipo de financiación consigue alinear adecuadamente los incentivos del enfermo con los del prestador, es decir sanarse rápidamente sin exceder el costo ni aumentar los exámenes innecesarios. Las experiencias internacionales muestran que el ajuste de riesgo incentiva la eficiencia y estimula a la calidad de la atención.

El cambio representa pasar desde el actual modelo que paga según un conjunto de **prestaciones asistenciales acotadas (42%)** y un programa de **prestaciones institucionales (histórico)** que representa el 58%.

A un nuevo esquema el **63%** del pago se realiza mediante un pago por resultados basados en **GRD** y un pago como **operación básica del hospital (37%)**



Este sistema significaría pasar de un sistema de cobro por paciente (casuística) a un sistema de cobro por tratamiento de enfermedad por grupo GRD. No todos los pacientes tienen el mismo costo para el sistema de salud, de este modo, es normal que aquellos hospitales que tratan casos poco graves reciban (en la actualidad) una financiación excesiva, mientras que aquellos que tratan pacientes más complejos no tengan suficientes recursos. Eso pasa, por ejemplo, en los hospitales de referencia, en donde van los pacientes más complejos, los cuales





son derivados desde otros centros con menor complejidad asistencial, pero que reciben recursos excesivos.

MÉTODO DE APLICACIÓN DE NUEVA LEGISLACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO

Como advirtió el Colegio médico y también eminentes trabajadores de la salud, existe la necesidad de realizar un cambio que se ha ido postergando. Este cambio debe darse de manera gradual para poder adaptar el sistema a los nuevos estándares de trabajo. De este modo, existiría un recorrido que debería darse paso a paso, pero con un avance decidido a una meta final, que debería ser la mejora del sistema sanitario chileno.

Observamos que la fijación de precios para todas las intervenciones sería una medida contraproducente contra la salud en Chile, mermando la calidad de esta que actualmente se practica en los centros privados. Como advierte Sebastián Pavlovic, la fijación de precios podría inducir escasez, baja calidad, mercado negro o prácticas elusivas como la falta de exámenes o la división de exámenes.

La fijación de precios mediante aranceles, además, también produciría la reducción o desaparición de clínicas en Regiones, ya que ese aspecto no está contemplado, según asegura César Cárcamo (Colmed). Añade Emilio Santelices; que el objetivo debería ser **Aumentar el acceso a la salud de las personas asociado a Disminuir el gasto de bolsillo**, no tan solo comparar precios, sino saber lo que paga el paciente, por estos motivos es necesario profundizar en el pago asociado a riesgo (mediante GRDs)

En el caso chileno, Una Institucionalidad, junto con FONASA, deberían ser las entidades que deberían inducir el cambio hacia un sistema universal de Aranceles GRD. Actualmente tanto

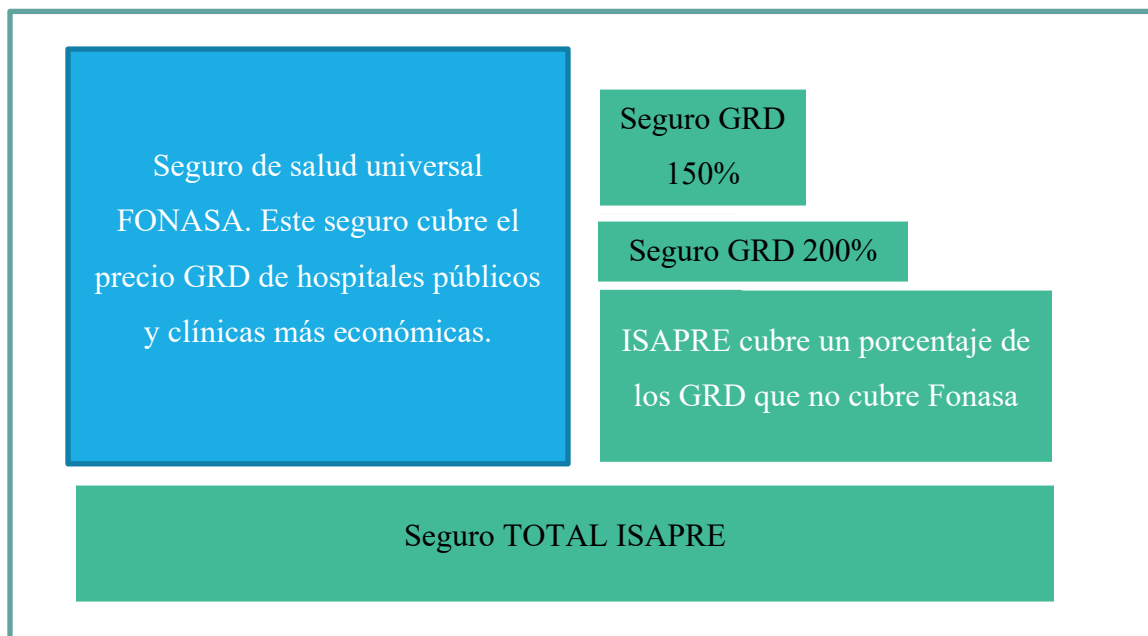




ISAPRES como clínicas privadas operan según precios por procedimientos, mientras que FONASA y el Sistema Nacional de Salud operan con GRD. Por este motivo su experiencia sería muy importante a la hora de operar con este tipo de financiación.

En la actualidad existe una separación clara entre el sistema Fonasa y el sistema ISAPE. Sin embargo, es necesario, para poder progresar en la calidad de la salud en el país, unir los dos sistemas y hacer que las ISAPRES sean un sistema complementario para aquellas personas que, además de estar protegidos de los costos de los GRD en hospitales públicos, quieran protegerse para poder ser atendidos en instituciones privadas más caras.

Sin embargo, podría permitirse también, para no faltar a la constitución, un seguro total que cubra el 100% de los gastos de los afiliados en instituciones sanitarias, del siguiente modo:



De este modo la salud podría mejorar en Chile, sin perder la salud de excelencia que se practica.

La fijación de precios según GRD y la existencia de un seguro único Fonasa y la posibilidad de contratar seguros complementarios para las clínicas más caras, podría disminuir este





efecto, al desincentivarse la toma de exámenes indebidos, ya que no se pagaría el examen, sino que se pagaría por una GRD en su conjunto, por el conjunto de acciones para tratar a la persona.

Además, en este tipo de pago tanto el prestador como el asegurador asumen el riesgo, con lo que su intervención obligadamente debe ser certera para disminuir sus gastos.

Además, Pavlovic advierte también de que la comparación de planes (en ISAPRES) se hace dificultosa. A nuestro parecer, sería necesario unificar los planes para que la cobertura fuera de un porcentaje sobre el GRD y no dependiera de cada prestación en particular, y la eliminación de los topes individuales. Todo ello disminuiría los trámites realizados por cada usuario y ayudaría a la comprensión de el plan elegido.

Fijar precios máximos de cobertura FONASA para los GRD

- Objetivo del proyecto: Aumentar el acceso a la salud de las personas asociado a Disminuir el gasto de bolsillo
- GRD universal igual a fonasa y con la posibilidad de contratar seguros complementarios con ISAPRES por el porcentaje faltante de cobertura.
- Con una salud universal todos aportan a un fondo común y pueden además, tener seguros complementarios para las clínicas más caras.
- Las aseguradoras deben hacerse responsables de la acreditación de los seguros con las clínicas e intercedir ante estas.
- Debe existir un ente que lidie en los problemas entre aseguradoras y prestadoras que no afecten al usuario.
- Desaparición de los topes en los seguros de ISAPRE





CONCLUSIONES

Este proyecto quiere fijar aranceles suponiendo que toda la medicina que se práctica en Chile es igual. Desde ese supuesto, una persona puede afiliarse a FONASA y realizarse un examen de la misma calidad en la que se podría realizar en una clínica privada. En este punto el proyecto se convierte en incoherente dada la posibilidad que tiene todo usuario de ser usuario FONASA y asistir a realizarse un examen en cualquier hospital público del país, el cual es el sistema sanitario más universal.

Como advierte Sebastián Pavnovic, al hacer una reforma debemos tener en cuenta que todos los temas están concatenados, así que, aunque resulta fácil y pedagógico separarlos, todos están vinculados. De este modo, el establecer aranceles para toda la sanidad podría provocar cambios no deseados.

El hecho de que esté todo el sistema relacionado hace difícil el avance y se convierte en un desafío. Mientras no exista una gran reforma, las pequeñas modificaciones que se vayan haciendo deberían darse mirando hacia el futuro, deben ser compatibles con las reformas futuras. Como señala Pavnovic, algunas reformas quirúrgicas que se han hecho han creado más inconvenientes que ayudas al sistema, por ejemplo, la reforma de excedentes de ISAPRES.

Es por estos motivos que hay que legislar con perspectiva: una nueva legislación debe tener en cuenta aspectos como promoción, medicina preventiva; es decir, teniendo un enfoque sanitario y no de prestación de servicios.

No debe centrarse en los procedimientos (Aranceles MAI) sino en el tratamiento y curación de enfermedades (Grupos Relacionados de Diagnóstico).

Actualmente se discuten regulaciones que van a cambiar como opera el sistema de salud. Se quieren cambiar los incentivos entre prestador y asegurador, lo cual está avanzado, por ejemplo, existen elementos que debería tenerse en cuenta como el pago ajustado a riesgo o el establecimiento para estandarizar las prácticas y crear unos códigos comunes. Asimismo,





la pertinencia en la indicación de los procedimientos o exámenes (que debieran realizarse bajo estándares clínicos).

Al querer realizar cambios importantes en el sistema es importante instalar la discusión con los mismos con los ejes semánticos adecuados y establecer un objetivo común para el sistema sanitario.

Como comenta Fernando Espinoza, el sistema público sanitario es esencial puesto se convierte en un punto de comparación y de enlace. El sistema privado interactúa con el sistema público y puede hacerse de forma virtuosa; debe realizarse de forma coordinada. En el sistema público debería existir un buen estudio de costos (localización, complejidad del servicio, etc.) El sistema de GRD debe avanzar también hacia lo privado.

Asimismo, Emilio Santelices señala que el pago de GRD también está estudiado para atención ambulatoria para hacer pago asociado a riesgo en la atención primaria. Eso puede ser un incentivo para avanzar en el cuidado de poblaciones para movilizar y dar una señal al sistema privado.

Si bien el sistema sanitario es un elemento que necesita una regulación, el proyecto de ley presentado no debería ser aprobado sin antes mejorar la sanidad pública y el sistema de seguros (FONASA E ISARES).

La sanidad, igual que la educación o el transporte es un negocio que debería convertirse en un derecho; la pobre oferta pública ha provocado el surgimiento de este negocio.

Para mejorar el proyecto de salud presentado, este debería contener:

Una institucionalidad que regulara los precios

- La Institucionalidad debería establecer **aranceles mediante Grupos de Diagnóstico Relacionados (GRD)**.
- Debería existir una **gradualidad para la implantación del proyecto**.
- Los **aranceles deberían ser universales**:
 - Para la salud privada y pública
 - Para todas las enfermedades (Sin excluir ninguna)





- Un sistema único que incorpore todos los pagos
- Debería existir un **sistema de comparación** entre **clínicas** y que también comparara **ISAPRES**
- Debería entregar los montos reales entregados por las ISAPRES en cada GRD.
- Debería incorporar el **pago entre Sistemas de Salud de regiones**.
- Debería establecer **procesos de mejora**

VIDEO CONVERSATORIO

FACULTAD DE MEDICINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE

UNIVERSIDAD
Finis Terrae | FACULTAD DE
MEDICINA

seminario:
**REGULACIÓN DE
PRESTACIONES DE SALUD.**
¿QUO VADIS?

Dr. Guido Girardi L. - Dr. Manuel Espinoza S. - Dr. Emilio Santelices C.
Dr. Fernando Poblete A. - Sr. Sebastián Pavlovic J. - Dr. César Cárcamo Q.





Los fondos de FONASA

Juan de Dios Parra





BIBLIOGRAFIA

Agenda país. Investigación identifica inequidades en salud y propone indicadores para monitorear el nivel de acceso a la salud de la población. El Mostrador. Agenda saludable. 2021. Consultado el 25 de julio de 2021 de:

<https://www.elmostrador.cl/agenda-pais/2021/05/17/investigacion-identifica-inequidades-en-salud-y-propone-indicadores-para-monitorear-el-nivel-de-acceso-a-la-salud-de-la-poblacion/>

Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y consumo. (España). Centro de publicaciones. Consultado el 23 de Julio de 2021 de:

<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/analisis.pdf>

Colegio médico.2021. Declaración pública sobre el proyecto de ley titulado “Regulación de Precios exámenes y procedimientos”. Consultado el 15 de julio de 2021 de:

<https://www.colegiomedico.cl/declaracion-publica-sobre-el-proyecto-de-ley-titulado-regulacion-de-precios-examenes-y-procedimientos/>

Facultad de Medicina UC Regulación de prestaciones de salud ¿Quo vadis? Facultad de Medicina UC. 2021. Conversatorio. Consultado el 25 de julio de 2021 de

<https://www.youtube.com/watch?v=TaMb60jEMX0>

Latorre, R. 2021. Clínicas se adjudican por primera vez resolución de lista de espera de hospitales. La tercera. Consultado el 12 de julio de 2021 de:

<https://www.latercera.com/la-tercera-sabado/noticia/clinicas-se-adjudican-por-primera-vez-resolucion-de-lista-de-espera-de-hospitales/R3PJMLFNNCZBCZSSWVULWEAQ/>

Mauro Líder, A. Clasificación GRD explicado fácil y con ejemplos. Foro Salud Digital. Consultado el 25 de julio de 2021 de:

<https://discourse.forsaluddigital.cl/t/clasificacion-grd-explicado-facil-y-con-ejemplos/740>

Morales, C. 2015. FONASA y su experiencia en mecanismos de pago con Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD). Fonasa. Consultado el 22 de julio de 2021 de:

https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2016/04/CeciliaMorales_2015.pdf

Proyecto de ley, iniciado en moción de los Honorables Senadores señor Girardi, señora Goic, y señores Chahuán y Quinteros, que regula el precio de los exámenes y procedimientos de apoyo diagnóstico y clínico, así como la obligatoriedad de informarlo públicamente. Boletín N° 13.892-11. Consultado el 8 de julio de 2021 de:

<https://www.doe.cl/PDFDoe.php?f=18112020&cve=202011183003>





Los fondos de FONASA

Juan de Dios Parra



Sistemas Sanitarios en transición. Informe del sistema sanitario. 2018. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social.

Consultado el 23 de julio de 2021 de:

https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/pdf/REVISION_SISTEMA_SANITARIO_ESP_ANOL_2018.pdf

Tv Senado. Comisión de Salud. 1 de junio de 2021. MATERIA: 1.- (Bol.N° 13892-11). Consultado el 25 de julio de 2021 de:

<https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2021-05-31/211809.html>

Zonanuve. 2021. Mecanismos de Pago con GRD en Hospitales. EL MUNDO DEL GRD - BOLETÍN N°1. Znuve. Consultado el 25 de julio de 2021 de:

<https://www.znube.cl/mecanismos-de-pago-con-grd-hospitales/>





ANEXO 1: PROYECTO DE LEY

PROYECTO DE LEY

Artículo único.- El precio de los exámenes y procedimientos de apoyo diagnóstico y clínico realizados ambulatoriamente, de urgencia o electiva, tanto en horario hábil, como inhábil, no podrá ser superior al 50% del valor asignado en el Arancel Modalidad Institucional del Fondo Nacional de Salud, regulado en el Libro II del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2763 de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933. Por su parte, el precio de estas prestaciones realizadas en atención cerrada, tanto en horario hábil como inhábil, no podrá ser superior al 40% del referido arancel.

Los Prestadores Institucionales de Salud tendrán la obligación de informar el precio de cada examen y procedimiento de apoyo diagnóstico y clínico que realicen. Los valores deberán estar previamente publicados, en sus propios sitios electrónicos, y en formato físico a disposición del público general. La publicación se hará a través de un listado que compare el precio ofrecido por el Prestador, el Arancel del Fondo Nacional de Salud y la diferencia que se produce entre ellos.

Los precios de los exámenes y procedimientos de apoyo diagnóstico y clínico cobrados por los Prestadores Institucionales de Salud, en sus distintas modalidades de cobertura, serán observados y registrada dicha información. Además, se realizarán estudios, análisis, estadísticas y recomendaciones de políticas públicas con la información recopilada que contribuyan a generar una mayor transparencia y fortalecer el acceso a ellos.





ANEXO 2: ARTÍCULO 30. LEY 19496 ESTABLECE NORMAS SOBRE PROTECCION DE LOS DERECHOS DE LOS CONSUMIDORES

Artículo 30.- Los proveedores deberán dar conocimiento al público de los precios de los bienes que expendan o de los servicios que ofrezcan, con excepción de los que por sus características deban regularse convencionalmente.

El precio deberá indicarse de un modo claramente visible que permita al consumidor, de manera efectiva, el ejercicio de su derecho a elección, antes de formalizar o perfeccionar el acto de consumo.

Igualmente se enunciarán las tarifas de los establecimientos de prestación de servicios.

Cuando se exhiban los bienes en vitrinas, anaqueles o estanterías, se deberá indicar allí sus respectivos precios. La misma información, además de las características y prestaciones esenciales de los productos o servicios, deberá ser indicada en los sitios de Internet en que los proveedores exhiban los bienes o servicios que ofrezcan y que cumplan con las condiciones que determine el reglamento.

El monto del precio deberá comprender el valor total del bien o servicio, incluidos los impuestos correspondientes.

Cuando el consumidor no pueda conocer por sí mismo el precio de los productos que desea adquirir, los establecimientos comerciales deberán mantener una lista de sus precios a disposición del público, de manera permanente y visible.





ANEXO 3: QUE ES EL ARANCEL FONASA

Un arancel es un grupo de prestaciones de salud (o acciones enfocadas a la salud) que están financiadas por el estado.

Cada prestación que constituye el Arancel cuenta con un valor de referencia respecto al cual se determina la bonificación (o monto financiado por Fonasa) por cada prestación, así como los pagos que debe realizar cada beneficiario (Copago).

Este valor referencial de las prestaciones es determinado y aprobado por los Ministerios de Salud y de Hacienda a proposición del Fondo Nacional de Salud.

El Arancel se divide en áreas y/o grupos de prestaciones que se identifican mediante un código de siete dígitos, en los que:

El primer y segundo dígito del código de la prestación identifican **el grupo**.

El tercer y cuarto dígito del código de la prestación identifican el **subgrupo**.

El quinto, sexto y séptimo dígito identifican dentro de cada subgrupo, **el código específico de la prestación**.

Por ejemplo, las consultas médicas serían del grupo 01 y subgrupo 01; mientras que las consultas de otros profesionales serían del grupo 01 y el subgrupo 01

Estas áreas corresponden a: atención abierta, atención cerrada, laboratorio clínico, imagenología, profesiones, especialidades médicas, entre otras...

(Fonasa, 2021)

De este modo el examen de orina completa según Fonasa tendría un costo de 1700 pesos

	Precio	Transferencias	Copago B	Copago C	Copago d	Clínica Condes Ambulatoria	las Sonrad Ambulatoria
Orina Completa	1700	1700	0	170	340	11180	1252
Orina Completa						Hospitalaria 15054	Avansalud 2121

Aranceles en MAI de FONASA:





Los fondos de FONASA

Juan de Dios Parra



<https://www.fonasa.cl/sites/Satellite;jsessionid=g0pbdFCeX3I09Ocmvi1hd5LKxz-bigMuEEVHbhcKW8VqAIlO7oM!2131060230!1175042549:sApMaYxz9vZWZzTFgLGmNXvrluCBw6F?c=Page&cid=1496942358444&pagename=FonasaSite%2FPage%2FFN-SD-B2a-2-Tmpl>

