

**RESUMEN EJECUTIVO
ELABORADO POR EL PANEL EVALUADOR**

E

**INFORME DE COMENTARIOS A LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN
ELABORADO POR LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DEL PROGRAMA**

**EVALUACIÓN PROGRAMAS GUBERNAMENTALES
(EPG)**

**PROGRAMA COMPRA A PRIVADOS DEL PROGRAMA
DE PRESTACIONES VALORADAS
FONDO NACIONAL DE SALUD**

MINISTERIO DE SALUD

ENERO – AGOSTO 2013

NOMBRE PROGRAMA: PROGRAMA COMPRA A PRIVADOS DEL PROGRAMA DE PRESTACIONES VALORADAS
AÑO DE INICIO: 2005
MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud (MINSAL)
SERVICIO RESPONSABLE: Fondo Nacional de Salud (FONASA)

RESUMEN EJECUTIVO

PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2009 - 2012

PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2013: M \$ 134.687.177

1. Descripción general del Programa de Compra a Privados (PCP)

El Programa tiene 4 componentes y su fin es *“contribuir a mejorar la calidad de vida de los asegurados del FONASA, aumentando la cobertura, acceso y oportunidad en la entrega de prestaciones de salud requeridas”*. Su propósito es *“Reducir la brecha de demanda oferta a través de la compra a privados de prestaciones priorizadas de salud que genera la insuficiente oferta del sector público, mejorando la oportunidad en la entrega de éstas”*.

- **Componente 1: Compra de prestación Diálisis¹:** Pacientes con insuficiencia renal crónica terminal reciben tratamiento de diálisis en red de prestadores privados. Este forma parte de las “Garantías Explícitas en Salud” (GES²) del Régimen General de Garantías en Salud³. A Marzo del 2012 un 88% de esta demanda es cubierta por el PCP.
- **Componente 2: Compra de camas integrales:** FONASA elabora y gestiona los convenios que permiten la derivación de pacientes a centros privados en camas de cuidado intensivo, intermedio y agudo bajo el concepto de “cama integral”⁴; la derivación es gestionada por la División de Gestión de Redes de esa Subsecretaría del Ministerio de Salud (MINSAL), a través de la Unidad de Gestión de Camas Críticas (UGCC). Se incorpora al PCP en el año 2010.⁵
- **Componente 3: Compra de prestaciones Bono AUGE⁶:** dirigido a los pacientes beneficiarios de FONASA que reclaman por incumplimiento de garantía de oportunidad GES dentro de los primeros 15 días. La normativa legal hace recaer sobre FONASA la resolución de estos reclamos, la que se realiza a través de prestadores privados si la oferta pública no permite cumplir con los plazos que para estos efectos establece la ley. Se inicia en el año 2010 con el lanzamiento de la campaña “Bono AUGE”.

¹ Se denomina “Diálisis” a este componente, el que incluye tanto el procedimiento Hemodiálisis como Peritoneo diálisis que son diferentes pero ambos aplicados a pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

² También denominado AUGE (“Acceso Universal Garantías Explícitas”).

³ Según listado de Problemas de Salud GES contenidas en el DS 44 de Enero del 2005.

⁴ El concepto de “Cama Integral” está descrito en la Resolución Exenta N° 58 de Enero del 2006 e incluye: uso de catre clínico, atención integral del equipo de salud incluida el médico tratante, residente o interconsultor, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, atención de enfermería, alimentación, transfusiones, insumos y medicamentos. Sin perjuicio de lo anterior, deberá darse cumplimiento a todo lo establecido en el numeral III, en sus puntos 2.c.1 y 2.c.2, de las Normas Técnico Administrativas para la Aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud D.F.L. N° 01, de 2005 Libro II, en la Modalidad de Atención Institucional, en lo que corresponda.

⁵ La compra de camas a privados se inicia en mayo del 2009 a raíz de una epidemia, pero solo a partir del 2010 entra al PCP.

⁶ El Componente Diálisis es parte de las garantías GES, sin embargo FONASA lo define como un componente aparte, dada la relevancia que tiene en cuanto a N° de beneficiados como en cuanto a recursos financieros destinados a él. Año 2012: 14.706 beneficiarios y M\$ del 2013 de 103.731.045, que corresponde al 80,3% del gasto del PCP.

- **Componente 4: Compra de otras prestaciones:** comprenden mayoritariamente en términos de beneficiarios y de gasto, camas básicas para pacientes crónicos y terminales (socio-sanitarias) con Hogar de Cristo, Fundación Las Rosas y Clínica La Familia, así como algunos exámenes y procedimientos específicos como radioterapia, medicina nuclear e imagenología⁷ con instituciones como Clínica Alemana y Antofagasta, Sociedad de Inversiones Coyhaique, Soc. Prof. Scanner Sur entre otras. Se incluye en este componente la Corporación de Trasplante⁸. Este componente se incorpora al PCP en el año 2011.

Para efectos del PCP, FONASA establece convenios con prestadores privados, los que regulan la relación entre ambos y definen las exigencias técnicas para la realización de las prestaciones incluidas en los contratos. Se utilizan tres modalidades: Convenio Marco, licitación a través de Mercado Público y trato directo; el Dpto. de Comercialización del FONASA es responsable de definir el tipo de contrato a establecer, según las condiciones particulares de cada caso⁹. Con excepción del componente Diálisis que se gestiona a través de convenio marco, en los otros 3 componentes hay una mezcla de los tres mecanismos, siendo Bono AUGE el que concentra un mayor porcentaje de tratos directos, correspondiendo a un 58% de las prestaciones otorgadas en el período estudiado. La oferta de Diálisis es gestionada por los SS que son los que derivan a los pacientes; en el caso del componente 2 la oferta es administrada por la UGCC; Bono AUGE lo gestiona directamente el FONASA al igual que el componente 4. El PCP se gestiona centralizadamente y su cobertura es a nivel nacional incorporando todos los Servicios de Salud (SS) del país. En el proceso completo de provisión de servicios participan las siguientes instituciones: FONASA, MINSAL (Subsecretaría de Redes Asistenciales), prestadores no pertenecientes al SNSS¹⁰, SS, hospitales de la red pública y la Dirección de Compras y Contratación Pública.

No se tuvo a la vista antecedentes que permitieran validar la existencia de una instancia formal que defina qué y cuántas prestaciones se compran a través del PCP ni metodología aplicada en esta definición; sin embargo, el PCP declara que la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA) posee estimaciones respecto de las falencias existentes en la red pública, particularmente en el componente 2 Camas Integrales¹¹. En el caso del Componente 1 Diálisis, éste es un programa definido como de continuidad y la demanda la reportan los SS al FONASA toda vez que se incorpora un nuevo paciente al PCP. Para el componente 3 Bono AUGE, no se requiere de dichas estimaciones ya que se responde sólo frente a reclamos. Para el componente 4 esta División retroalimenta al Dpto. Comercial respecto de la continuidad de determinados convenios que a juicio de FONASA requieren ser validados por esa entidad.

Los presupuestos se basan en un histórico que se incrementa anualmente de acuerdo a una estimación de demanda proyectada¹² que incluye, en caso que corresponda, las nuevas prestaciones AUGE¹³.

Por su parte, según antecedentes financieros entregados por el MINSAL, los SS y sus establecimientos realizan compra de prestaciones a privados para cubrir brechas en prestaciones AUGE y camas

⁷ No es posible establecer si algunos de estos procedimientos diagnósticos o terapéuticos corresponden a pacientes AUGE, ya que el motivo que da origen a la prestación no está incluido en la base de datos entregada por el PCP.

⁸ Los fondos entregados cubren actividades como exámenes, traslado y pago de honorarios a personal que ahí se desempeña, según antecedentes tenidos a la vista del Panel.

⁹ No se ha podido establecer todos los criterios para esta definición; un elemento importante es la urgencia con la cual se requiere establecer el convenio y es la razón que entrega FONASA de porqué en estos casos se establecen tratos directos, que serían más rápidos de tramitar que las otras modalidades; los Convenio Marco tienen una tramitación que según FONASA puede sobrepasar el año, por lo cual la compra directa se utilizaría por razones de oportunidad.

¹⁰ Se refiere a establecimientos privados, delegados (no son del SNSS pero son parte de la red pública), de las Fuerzas Armadas; fundaciones sin fines de lucro.

¹¹ Documento "Informe de Camas Hospitalares Públicos" 2013 División de Gestión de Redes Asistenciales- MINSAL evidencia la brecha, especialmente en camas intensivo e intermedio para pacientes adultos.

¹² No se ha tenido a la vista documentos del período evaluado relacionados con la estimación de demanda para los diferentes componentes, u otro antecedente que permita orientar respecto de los presupuestos requeridos para cada uno de ellos.

¹³ La ley 19.966 que regula las GES establece en sus artículos 11 a 19 los mecanismos para la incorporación de nuevos Problemas de Salud a través de DS que son firmados por MINSAL y Ministerio de Hacienda.

integrales, superponiéndose ambas actividades y estando orientadas a la misma población beneficiaria¹⁴.

En el momento de esta evaluación, FONASA no tiene considerada la incorporación de otros componentes al PCP; este programa no tiene establecidas metas explícitas de cumplimiento en los componentes 2 y 4; para el caso de los componentes 1 y 3, la meta declarada por FONASA es de un 100% de cumplimiento de la demanda declarada para estas prestaciones. El Panel no ha tenido a la vista evaluaciones sistematizadas del PCP ni de su impacto¹⁵.

Con respecto a la población objetivo, éste aspecto es particular para cada componente según se detalla a continuación:

Componente 1 Diálisis: está constituida por pacientes con insuficiencia renal crónica terminal cuyo tratamiento debe ser resuelto por el PCP por carencia de cupos en la red pública; FONASA señala que se satisface toda la demanda, por lo que la cobertura del programa sería de un 100% para este componente. Así, población objetivo y beneficiaria serían las mismas¹⁶.

Cuadro N° 1
Población objetivo del componente 1 Diálisis
Fuente: FONASA

Descripción	2009	2010	2011	2012
Población objetivo	12.260	13.134	14.109	14.706

Componente 2 Camas Integrales: la constituyen los pacientes para quienes se ha solicitado la derivación, la cual se genera en tiempo presente y por tanto técnicamente no es posible definir con antelación la población objetivo. Los datos agregados entregados por la UGCC señalan que en el período Enero 2010 a Marzo 2013, se recibieron 27.140 solicitudes de derivación lo que constituiría la población objetivo, de las cuales 18.106 (un 67%) concluyeron en derivaciones exitosas (beneficiados) tanto a la red pública (42%) como privada (58%)¹⁷. Tampoco es posible definir a priori cuáles serán derivados al sector privado, pues esto dependerá de la disponibilidad que se dé al momento de resolver cada solicitud.

Componente 3 Bono AUGE: el FONASA declara que el total de estos pacientes son beneficiados con el PCP, dado que la ley establece ésta como una obligación del FONASA; así, esta población objetivo sería la misma que la población beneficiada la que totaliza 6.752 para el período evaluado. Según la misma fuente, para el período 2009 - 2012, el total de garantías incumplidas en las que no se efectúa reclamo sería de 387.328¹⁸ y de 120.164 para el período del componente (2010 – 2012)¹⁹.

Los datos de cobertura no pudieron ser corroboradas por el Panel por no estar a la vista los reclamos efectuados.

¹⁴ Ver mayores antecedentes en análisis económico y de eficiencia presentados en este resumen ejecutivo.

¹⁵ FONASA señala que existen evaluaciones no sistematizadas asociadas principalmente a cumplimiento de contratos y pagos.

¹⁶ El Panel no ha podido verificar la cobertura por no disponer de información sobre la demanda generada desde los SS en el período evaluado.

¹⁷ Las solicitudes de derivación que no se realizan son “canceladas” y obedecen a diferentes causales: carencia de cama en el sector privado o a condiciones del paciente: agravamiento, fallecimiento, cupo en hospital de origen, mejora u “otras gestiones”.

¹⁸ La cifra es la suma que entrega FONASA para “Garantías Incumplidas” para los años 2009 a 2012, sin poder estimar a partir de dicha información, cuántos pacientes están aún con garantías incumplidas para Dic. 2012. Parte de esta demanda sería satisfecha a través de la gestión que realiza el MINSAL, cuyos antecedentes no estuvieron a disposición del Panel, para evaluar el nivel de cobertura en el cumplimiento de garantías de oportunidad del AUGE.

¹⁹ Las garantías incumplidas para el año 2009 son 267.164, 2010 son 113.566, 2011 cero y para el 2012 de 6.598.

Componente 4: dado el diseño y heterogeneidad de este componente no es posible establecer población objetivo. La principal prestación en términos de número de beneficiarios y gasto es la cama socio sanitaria, cuyo principal prestador es el Hogar de Cristo cubriendo la estadía de 6.795 pacientes con un total de 197.297 días con un monto total facturado de M\$ 1.969.381 para el año 2012²⁰. En segundo término Clínica Alemana con 2.078 prestaciones médicas gastroenterológicas compradas por un monto de M\$ 268.794 para el 2012.

Así, la información respecto de los beneficiarios efectivos del PCP entrega lo siguiente:

Cuadro N° 2
Número de beneficiarios efectivos del PCP
(Para los años en que existe cada componente)

Año/Componente	Comp. 1 Diálisis*	Comp. 2 Camas	Comp. 3 AUGE**	Comp. 4 Otras prestaciones	Total de Beneficiados
2009	12.260				12.260
2010	13.134	809	32		13.975
2011	14.109	2.211	5.454	14.790	36.564
2012	14.706	3.237	1.266	19.393	38.602
Total componente		6.257	6.752	34.183	

* Para Diálisis no es posible sumar los beneficiarios dentro del período, dado que un paciente renal crónico terminal probablemente está siendo atendido en más de un año.

** Se refiere a año en que se facturó el gasto y no al que se realizó la atención. Fuente: FONASA

2. Resultados de la Evaluación

El PCP tiene su justificación en cuanto, aun cuando no esté cuantificada, existe una demanda insatisfecha en la red pública por insuficiente oferta; este hecho justifica la intervención del Estado con estrategias que permitan reducir esta brecha. La compra a privados es uno de los mecanismos posibles de aplicar, sin embargo, a juicio del Panel debiera considerarse como alternativas o como estrategias complementarias, la implementación de una mayor oferta en la red pública a través de proyectos de inversión²¹ y modelos de gestión aplicados por los propios establecimientos de la red pública orientados a reducir brecha²².

Esto se fundamenta en que:

- No hay a disposición del Panel estudios nacionales que permitan valorar la compra a privados como un mecanismo más eficiente y eficaz que la realización de dichas atenciones en la red pública; el presente estudio no logra demostrar la mayor eficiencia de este mecanismo respecto de los costos en la red pública y la literatura internacional tampoco respalda esta hipótesis²³.
- La demanda de este tipo de prestaciones según el juicio experto, tiene una tendencia a aumentar

²⁰ Este aporte existe desde el año 2007 según la documentación entregada, con un presupuesto inicial de M\$ 750.000 para ese año. La derivación de pacientes desde el SNSS hacia esta institución se habría dado en forma progresiva en los últimos años, en la medida que se generan cupos; no hay antecedentes para cuantificar dicha derivación. El mismo modelo aplicaría para instituciones como Fundación Las Rosas.

²¹ Que incluye infraestructura y gastos de operación (incluyendo recursos humanos).

²² Existen modelos exitosos en Chile como la extensión horaria de pabellones, contratación a honorarios de profesionales en falencia, compra a privados de resolución de problemas de salud, entre otros. Como ejemplo ver "Evaluación comprehensiva del Gasto Establecimientos Experimentales" DIPRES 2012.

²³ Ver antecedentes más adelante en este resumen.

o estabilizarse pero en ningún caso a disminuir²⁴, con lo cual los recursos del PCP deberían con su actual composición, mantener la tendencia constante al alza o menos probablemente a estabilizarse.

Cabe señalar que el reforzamiento de la red pública garantizaría de mejor forma el cumplimiento de las siguientes condiciones que a juicio del panel son relevantes:

- Que no se altere la continuidad en el proceso de atención²⁵
- Que se garantice la calidad de la atención ²⁶
- Que los prestadores privados cumplan con las exigencias técnicas convenidas²⁷

Para el caso de Diálisis, se requeriría estudios de costos comparativos para la alternativa de resolver la demanda en el sector público. En cuanto a las camas socio-sanitarias, los antecedentes entregados no permiten entregar opinión a este respecto.

La revisión sistemática de la literatura señala la asociación público-privada como un tema controversial que requiere mayor investigación ya que no ha sido sujeto a evaluación y respecto del cual las experiencias son muy limitadas. No hay evidencias que esta estrategia signifique en un largo plazo un provecho y/o ahorro de recursos para el Estado; las recomendaciones entregadas, entre otros por la OMS, hacen énfasis en que ésta debiera “*alcanzar los objetivos de salud pública a corto plazo*”, ser regulada, colaborativa, transparente y apoyada con sistemas de información adecuados para el seguimiento y evaluación.²⁸

▪ **Eficacia y Calidad**

El PCP en cuanto fin y propósito, no cuenta con indicadores para medir eficacia e impacto, ya que cualquier indicador requiere medir el exceso de demanda por los servicios de FONASA. El análisis por componente es el siguiente:

Componente 1: Diálisis: FONASA declara que no hay demanda insatisfecha, situación que no puede ser corroborada por el Panel por insuficiente información.

Componente 2: Camas Integrales: Según la UGCC el porcentaje de solicitudes de derivación atendidas para el período 2010-2012 fue de un 67%, la que incluye derivaciones a privados en un 58%, de las cuales el 65% (6.257) fue absorbida por PCP; un 42% fue derivado a la red pública. La UGCC señala para el mismo período un total de 9.703 derivaciones; la diferencia de 3.446 casos se explicaría

²⁴ Esta tendencia se explica por los cambios epidemiológicos (mayor prevalencia de enfermedades crónicas) y demográficas (mayor expectativa de vida), lo cual genera una creciente demanda de prestaciones.

²⁵ Según los antecedentes entregados por el MINSAL, una de las desventajas de la compra a privados es la falta de continuidad que se genera en el proceso asistencial al intervenir un prestador privado que no es parte de la red asistencial desde donde el paciente proviene y hacia donde será nuevamente derivado; encuestas realizadas por el MINSAL a los SS en el contexto de la evaluación de la UGCC del año 2011 señalan la deficiente información clínica respecto de las prestaciones y las condiciones médicas de los pacientes que es entregada por el prestador privado a la red pública. Esta situación obliga en oportunidades a incurrir en mayores gastos por cuenta de repetición de exámenes y/o procedimientos.

²⁶ Documento “Planificación Fiscalización MAI 2012- Fiscalización Convenio Marco Diálisis Región Metropolitana y VI Reg.” del FONASA muestra deficiencias en la calidad de las prestaciones de diálisis entregadas y en el cumplimiento de las exigencias técnicas convenidas por prestadores privados. Ver en acápite Calidad y Eficiencia más adelante.

²⁷ *Ibíd.*

²⁸ Ver a) British Columbia Ministry of Health. Canada. Summary of Input on the conversation on Health. Part II “Public Private Debate”. 2007. b) Sara Bennett; Kara Hanson; Patrick Kadama; Dominic Montagu. «Travailler avec le secteur privé pour réaliser les objectifs de santé publique». Pour un bon fonctionnement des systèmes de santé: Document de travail N°2. WHO/EIP (health systems /2005.2). Más bibliografía se entrega en el documento completo de esta evaluación.

por derivaciones a prestador privado sin convenio con FONASA, fuera del PCP²⁹. La demanda tiene variaciones estacionales y regionales, por lo cual un análisis con información desagregada se haría necesario para estimar con precisión estas variaciones; de igual forma sería de interés verificar el impacto que las inversiones en infraestructura pudieran tener sobre dicha demanda.

Componente 3: Bono AUGE: la eficacia se evalúa considerando el universo de personas que han realizado un reclamo en relación al número que ha sido atendida; según FONASA esta sería de un 100% alcanzando un total de 6.752 beneficiarios en el período 2010-2012; sin embargo, el Panel no puede validar esta afirmación toda vez que no se ha tenido a la vista información completa respecto del número de reclamos por garantía de oportunidad incumplida recepcionados y validados.

Componente 4: Otras prestaciones: No ha podido establecerse los criterios utilizados en su definición ni priorización, así como tampoco aquellos que permitan pronunciarse respecto a eficacia.

En cuanto a calidad, es muy escasa la información disponible para analizar este aspecto ya que el mecanismo de verificación es a través de la fiscalización que realiza FONASA que cubre un amplio espectro de prestadores y ámbitos³⁰. Según se ha informado, la fiscalización está focalizada en instituciones en las cuales existen reclamos o elementos que orienten a la necesidad de fiscalizar; los resultados y cobertura de la fiscalización en todos los componentes del PCP no han estado disponibles para revisión del Panel. En adición, los convenios con privados que se han tenido a la vista³¹ hacen referencia al cumplimiento de normas generales y técnicas exigidas para los prestadores por el MINSAL, pero no hay antecedentes de que estas condiciones sean verificadas por FONASA al momento del pago para todos los componentes³².

Sin embargo el panel tuvo acceso a un estudio del 2012 realizado por FONASA³³ en una muestra de pacientes y centros privados de diálisis que abarca el 50% del total de beneficiarios de ese año, el que muestra incumplimiento de los criterios técnicos establecidos en los convenios: a) tratamientos: se cumple dosis indicada y registro en el 35% para el caso de la Eritropoyetina y 42% para Fierro endovenoso³⁴, b) escaso control médico (en 60% de los casos no es verificable si existió el control médico mensual) y c) la falta de registro de los estudios pre trasplante³⁵ en un 29% de los casos. El Panel ha tenido conocimiento sólo de casos puntuales de sanciones o multas que pudieran derivarse de la presente fiscalización³⁶.

²⁹ FONASA considera que esta diferencia pudiera explicarse por el hecho que FONASA registran sólo las derivaciones efectuadas por la UGCC a centros con convenio vigente, existiendo derivaciones por parte de la UGCC hacia prestadores sin convenio con PCP y financiadas por el SS derivador. Estos antecedentes no pudieron ser corroborados por el Panel.

³⁰ Esta actividad con cobertura nacional cubre no sólo prestadores MAI y MLE sino también aspectos técnicos, de RRHH, financieros y de cumplimiento de contratos. Los resultados de estos procesos son insumos para establecer un ranking de prestadores que es utilizado en la definición de los prestadores con quienes establecer convenio. Se penaliza a través de amonestaciones, multas y de suspensión de contratos.

³¹ Convenio Marco diálisis, camas integrales y AUGE.

³² No se tiene evidencia de que los pagos para todos los componentes estén sujetos a verificación en el cumplimiento de todos los requisitos técnicos presentes en los convenios.

³³ Documento "Planificación Fiscalización MAI 2012- Fiscalización Convenio Marco Diálisis Región Metropolitana y VI Reg."

³⁴ Ambos son medicamentos utilizados para tratar la anemia que estos pacientes tienen por su condición de base.

³⁵ La norma que regula esta prestación AUGE establece que en los primeros 10 meses desde el diagnóstico, el paciente que tiene tal indicación, debiera ser sometido a un estudio de pre trasplante para ser incorporado a la base de datos a nivel nacional. Este estudio es de responsabilidad del SS derivador.

³⁶ Se ha tenido a la vista 4 casos de término de contrato con el prestador, de las cuales una ha sido por expresa solicitud del prestador, dos por incumplimiento de contrato y una por conflicto de intereses entre el prestador privado y el derivador. Estos antecedentes son considerados insuficientes por el Panel para poder evaluar la labor de fiscalización y sanciones del FONASA en el PCP.

Por su parte, al estudiar la fecha del reclamo Bono AUGE respecto de la fecha de la prestación principal³⁷, se observa que en el 23,93% de los casos (1.200 pacientes) la atención se realiza con más de un mes de espera, donde hay 35 personas con diagnóstico de cáncer³⁸. De este total con más de un mes de espera hay 93 casos a más de 5 meses³⁹.

▪ **Economía**

Se realiza una comparación entre presupuesto total inicial de FONASA y el asignado para el PCP entre los años 2009 y 2013, evidenciándose una participación del PCP dentro de la Institución correspondiente a un 2,51% el año 2009 y a un 3,39% en el año 2013.

Considerando que la compra a privados no la realiza sólo el FONASA a través del PCP sino también los SS, se realizó este mismo ejercicio considerando el total de compras a privados realizada por el sector público (en Diálisis, Camas Integrales y Otras Prestaciones⁴⁰), determinándose que en relación al presupuesto inicial de FONASA el total de compras a privados significa aprox. un 7% en el periodo 2009-2012, siendo Diálisis aprox. un 2% del total de compras de los SS y Camas Integrales y Otras Prestaciones el 98% restante⁴¹.

Es relevante señalar que el presupuesto total inicial de FONASA ha crecido en el periodo de evaluación en un 41,5 %. Al momento de evaluar la participación del PCP dentro de este presupuesto, este aspecto resulta relevante pues el presupuesto del PCP durante el periodo 2009 - 2013 ha crecido en un 92%, es decir de MM\$ 70.118 a MM\$ 134.687 (exclusivamente para compras, sin considerar los gastos de administración).

El PCP se financia exclusivamente con presupuesto propio de la institución; en cuanto a los gastos de administración, este es parte del presupuesto de operación de FONASA, siendo de aproximadamente un 0,2% del presupuesto total del PCP durante el periodo evaluado; la metodología utilizada no incluye todos las áreas que participan en el PCP por lo cual el Panel estima que está subestimado.

Al evaluar la ejecución de gasto del PCP se determina que a pesar de que el presupuesto entre los años 2009 al 2012 ha crecido en un 67%, igual el gasto devengado ha superado el presupuesto inicial en un 45% el 2009 a un 10% en el 2012; el gasto por sobre el presupuesto inicial del 2012 es porcentualmente menor, pero en valor es de MM\$ 11.725 lo cual es 27,4% mayor a la ejecución del año 2009. Este comportamiento puede tener como posibles causas a) redefinición de prestaciones a comprar durante el año a causa de la demanda observada durante ese año en particular b) deficiente estimación de demanda al no tener conocimiento del total de prestaciones que los SS han comprado a privados en forma particular.

Al realizar una comparación de la ejecución del PCP con el presupuesto final, esta se observa con una ejecución de alrededor del 98% en todo el periodo evaluado.

Realizando un análisis de las compras totales realizadas por el sector público a prestadores privados (PCP y la de los SS) entre los años 2009 al 2012, es posible identificar que las compras realizadas por el PCP son cercanas al 50% de las compras totales a privados realizadas por el Sistema Público de Salud. En particular, en el 2012 el 80% del gasto del PCP se concentra en Diálisis, en cambio el gasto en

³⁷ Dado que FONASA señala que la fecha registrada no corresponde a “la primera prestación” sino como la “principal”, no se puede evaluar el cumplimiento de los plazos legales para la primera prestación sino sólo los tiempos de demora en el otorgamiento de esta prestación principal. FONASA declara no tener registro en cuanto al cumplimiento de los plazos legales para la primera prestación.

³⁸ 938 casos con más de un mes; 169 entre 3 y 5 meses; 93 con más de 5 meses. Se agregan 537 casos en que no hay registro o este es incoherente en cuanto a la fecha. No hay información suficiente respecto a etapa de evolución clínica.

³⁹ A este respecto FONASA señala que las demoras pueden deberse a causas médicas y a repetición de exámenes, situación que no puede ser objetivada por el Panel.

⁴⁰ No se menciona el componente Bono AUGE ya que está asociado a reclamos de oportunidad y esta es una tarea que le compete en forma exclusiva al FONASA. Los SS compran prestaciones AUGE y se asimilan al componente Otras Prestaciones.

⁴¹ Antecedentes de SS, no permite diferenciar gasto entre componente 2 y 4 entre los años 2009- 2011, solo se puede obtener los gastos diferenciados para el año 2012 en compra de camas críticas integrales.

compra a privados de los SS para el mismo año, se concentra en camas integrales 7% y otras prestaciones 91%, siendo estas últimas similares a las compradas por el PCP⁴².

La evaluación de la composición de compras a privados realizada por el PCP en sus cuatro componentes, permite identificar que el peso relativo del componente 1 (Diálisis) es el de mayor relevancia dentro del gasto siendo mayor al 80% en todos los años. Si bien el crecimiento del componente durante el periodo 2009-2012 fue de un 19,3%, que resulta consistente con el aumento de beneficiados efectivos, el pick de crecimiento lo tuvo en el 2012 con un 11,47%, que coincide con la mayor cantidad de beneficiados. Sin embargo el componente que durante todo el periodo 2010-2012 ha presentado una mayor variación porcentual es el componente 2 (camas integrales) con un 238,51%, el cual a su vez ha ido aumentando su participación dentro del gasto total del programa de un 5,6% a un 15,6%. La compra de camas a privados se originó en gran medida por la falta de oferta como consecuencia del terremoto del 2010 y los daños en la infraestructura hospitalaria pública; sin embargo la compra ha ido en aumento ya que el crecimiento de la capacidad instalada en los SS ha sido menor a lo requerido⁴³, sin poder absorber el aumento de la demanda que genera el aumento de carga de enfermedad y envejecimiento de la población asegurada^{44 45}. El gasto de los componentes 1 y 2 han pasado del año 2010 al año 2012 de un 91,3% a un 95,8%.

El gasto del componente 3 Bono AUGÉ es en el año 2011⁴⁶ (año de su incorporación) un 487,1% mayor que en el año 2012, año en que disminuye tanto en valor como en su participación dentro del gasto del PCP⁴⁷, disminuyendo su participación en el PCP de un 5,7% a un 1.1%. En el caso del componente 4 se ha producido una disminución de un 72,4%, esto a causa de un aumento en la capacidad resolutive en el sector público.

Se observa que además de aumento en los presupuestos en términos reales, ha existido redistribución de asignación de presupuesto internamente entre los diferentes componentes sin el cual el crecimiento real de gasto del PCP habría sido superior al 27% experimentado⁴⁸; esto en términos financiero-presupuestarios se evalúa como correcto para una mejor utilización de los recursos.

El Programa no gestiona recuperación de gastos ni existe aporte de terceros.

▪ **Eficiencia**

El PCP no cuenta con indicadores que permitan evaluar el logro del fin ni de propósito del PCP y, en consecuencia, no es posible evaluar la eficiencia en el logro de resultados intermedios y finales del mismo. Respecto a la eficiencia de los mecanismos para reducir las brechas se analizan a continuación para cada uno de los componentes.

Componente 1: Diálisis. Para esta prestación el precio pagado por prestación es fijado por FONASA como arancel PPV y es, por lo tanto, el mismo que reciben los SS por la prestación.

- El gasto promedio por unidad de producto (prestaciones de Hemodiálisis) disminuye 0,2% en términos reales durante el período 2009-2012.

⁴² Los gastos en compra a privados de los SS analizados corresponde a compras de prestaciones de salud, no incluye otras compras de bienes y servicios generales.

⁴³ Información del Dpto. de Estadísticas e Información en Salud del MINSAL sobre camas críticas Sector Público 2009-2012, señala que se produjo un aumento neto de 50 camas críticas respecto al año 2009, pasando de 1.220 el año 2009 a 1.270 el año 2012, en comparación con el aumento y envejecimiento de la población según información INE, con un aumento de 473.757 personas, aumentando la población adulta mayor en un 4% aprox.

⁴⁴ Información según informes de CEPAL- CELADE año 2012; informes de carga de enfermedad Ministerio de Salud.

⁴⁵ Este fenómeno es particularmente relevante en cuanto al crecimiento de camas críticas.

⁴⁶ La estimación de gasto en Bono AUGÉ para el año 2011 fue mayor al gasto real en dicho año; en el año 2012 se entregaron más recursos a los SS para disminuir listas de espera AUGÉ con lo cual los reclamos a FONASA disminuyeron.

⁴⁷ Debe dejarse establecido que el gasto real del año 2011 fue de MM\$ 4.730, pero por error en el registro contable el SIGFE muestra los MM\$ 6.626. siendo este último valor el utilizado, por estar en el sistema contable del año.

⁴⁸ Disminuye la participación del componente 4 y componente 3, aumentando la participación del componente 2.

- El número de prestaciones es igual al número de beneficiarios y, como consecuencia, el costo por beneficiario disminuye en el mismo porcentaje.

Otros aspectos importantes para el análisis de la eficiencia en la provisión de este componente son:

1. FONASA tiene poder monopsónico en este mercado ya que es por lejos el principal demandante de esta prestación a nivel nacional⁴⁹. En consecuencia, FONASA establece el precio⁵⁰ y los estándares de calidad mínimos de las prestaciones.
2. Las condiciones anteriores además evitan la posibilidad de colusión de los prestadores privados⁵¹ y favorece la eficiencia en la entrega de este componente⁵².
3. Sin embargo, hay dos condiciones adicionales para saber si efectivamente esta prestación se ofrece al costo más bajo posible, estas son:
 - El precio establecido por FONASA es el óptimo, lo cual requiere un estudio de costos que permita estimar en forma precisa el costo en que incurriría un prestador eficiente, esto es que produce el estándar de calidad requerido al costo más bajo posible. Esto último significa también que utiliza la mejor tecnología disponible.
 - Demostrar que efectivamente la compra a privados de esta prestación es más eficiente que realizar las inversiones necesarias para ofrecerla en el Sistema de Salud Público. El Panel no cuenta con antecedentes que sugieran que esta condición se cumpla.

En resumen, en opinión del Panel el diseño del proceso de compra de prestación de Diálisis es adecuado ya que se hace uso del poder monopsónico del programa estableciendo el precio y los estándares de calidad mínimos de las prestaciones. Durante el período 2009-2012 ha habido una ligera disminución en el costo de la prestación lo cual se traduce en una ligera ganancia de eficiencia en la producción del componente, esto en el sentido que el gasto que realiza el Estado por prestación y beneficiario cayó 0,2%.

⁴⁹ El Programa compra prestaciones de diálisis en el sector privado para el 88% de los asegurados FONASA con Insuficiencia Renal Crónica Terminal. Además, cabe esperar (y así es de acuerdo a lo señalado por miembros del programa evaluado) que los afiliados a ISAPRES que son afectados por esta enfermedad migren a FONASA considerando que el copago de la prestación es cero. En consecuencia, un porcentaje muy alto de la demanda por prestaciones de diálisis del sector privado la efectúa FONASA (probablemente más del 90%).

⁵⁰ El precio refleja la estimación de FONASA respecto al costo de entregar esta prestación. La estimación la realiza la unidad Plan de Beneficios, encargada, para cada prestación incorporada al plan AUGE, de hacer el costeo y estimar el costo de la prestación. Dicha estimación, de acuerdo al Estudio "Costos de prestaciones-PUC 2011", subestima el costo real ya que no incluye el costo de infraestructura. El arancel fijado por FONASA es similar a los resultados obtenidos en Estudio de Costos de Prestaciones-PUC 2011; análisis realizado por la PUC que no considera gasto de arriendo dentro de los gastos generales para dos de los cuatro centros. El argumento señalado es que los propietarios de los centros son los dueños de la propiedad, aunque el análisis económico correcto debería considerar el costo de oportunidad del inmueble y, por lo tanto, subestima el costo económico efectivo de los centros de diálisis. En cualquier caso, el arancel MAI establecido por FONASA es inferior (3,2% sin considerar el costo de oportunidad del inmueble de dos de los centros) a los costos efectivos de los centros analizados, aunque no es posible asegurar que esos costos son eficientes.

⁵¹ No existen antecedentes sobre concentración de la propiedad de los centros de diálisis como para analizar la posibilidad de poder de mercado por el lado de la oferta. Sin embargo, considerando que el número de prestadores privados a nivel nacional aumenta de 182 a 189 en el período analizado y el PCP establece el precio de la prestación, la posibilidad que los prestadores privados afecten precios es cercana a cero.

⁵² Si el programa establece el precio y los estándares de calidad de las prestaciones de diálisis, entonces los potenciales oferentes del servicio no tienen capacidad alguna para influir en el precio establecido. Una posibilidad, sin embargo, es que si los estándares de calidad de las prestaciones no son directamente observables, entonces busquen incrementar sus beneficios mediante la reducción en la calidad de las prestaciones. La fiscalización efectiva y los costos asociados a no cumplir los estándares mínimos de calidad son, por lo tanto, elementos muy importantes para asegurar que la calidad de las prestaciones sea adecuada. Sin embargo, el Panel no cuenta con información suficiente de fiscalizaciones ni de sanciones por lo que no es posible su análisis.

Componente 2: Compra de camas integrales.

Para este componente se analizó el “gasto promedio por unidad de producto”, medido por el número de prestaciones o derivaciones, y el “gasto promedio por día cama”, en ambos casos desagregando por tipo de cama (UCI, UTI, etc.). Sin embargo, considerando que el número de días cama de cada prestación tiene una alta volatilidad⁵³ se considera que el “gasto promedio por día cama” entrega mejor información respecto a la eficiencia en la producción de este componente⁵⁴.

Respecto al gasto promedio por unidad de producto (prestaciones o derivaciones)⁵⁵ de Cama Integral por tipo de cama se observa que a nivel agregado el gasto promedio disminuye 15% en el período. Existe un aumento de 7% en el gasto promedio en cama UCI, que tiene una participación de 73% en el gasto del componente durante el período evaluado, y en menor medida por el aumento de 67% en cama básica, que tiene una participación de 2,3% del gasto del componente en el mismo período. El aumento en el gasto UCI es causado por un aumento en el número de días promedio de cada prestación (9,6 a 11,2) ya que el gasto promedio por día disminuye 8,4%. Por último, al desagregar por tipo de cama el comportamiento es mucho más heterogéneo con disminuciones en el gasto promedio en cama aguda (-11,2%), coronaria (-12,6%) y UTI (-23,5%).

Respecto al gasto promedio día cama integral por tipo de cama observa que:

- El gasto promedio por día cama integral disminuye 12%.
- Los precios por día de cama integral, los cuales no han cambiado durante el período de análisis, fueron fijados en los convenios marco establecidos entre FONASA y cada uno de los prestadores seleccionados en una licitación realizada en el año 2010. Se infiere, por lo tanto, que la caída en el gasto promedio por día cama UCI es causado por la derivación de los pacientes hacia prestadores con precios relativamente más bajos para esta prestación.
- Es llamativo el aumento de 89% en cama básica. Es importante señalar que para este tipo de cama se observa una alta variabilidad en las ofertas adjudicadas⁵⁶, las que fluctúan entre \$47.000 (Clínica San Alberto de Chillán, octava región) y \$999.640 (Clínica Iquique de Iquique, segunda región). El panel no dispone de información que permita comprender este fenómeno ya

⁵³ Para ilustrar la alta volatilidad del día cama se presenta el número promedio de días por prestación, además de su desviación estándar. Se puede observar (última columna) que la desviación estándar es superior al número de días cama promedio para cada tipo de cama.

Número promedio de días de estada

Tipo de cama	Número de días promedio	Desvest	Desvest/Días promedio
Aguda	10,1	10,6	104%
Básica	5,0	11,3	224%
Coronaria	6,1	6,7	109%
UCI	11,2	14,8	132%
UTI	7,4	8,3	112%
Total general	9,2	12,4	135%

⁵⁴ Utilizar el número de prestaciones para medir la eficiencia en la producción de este componente introduce mayor volatilidad en el gasto promedio por unidad de producto, siendo parte importante de esta volatilidad causada por la variabilidad en la cantidad de días que está internado cada paciente y no necesariamente por cambios en la eficiencia de la producción. La variabilidad en el número de días de cada prestación se muestran en el cuadro de la nota anterior.

⁵⁵ Un mismo paciente puede recibir más de una prestación y, por lo tanto, el número de pacientes es menor, aproximadamente 5%, que el número de prestaciones. La evolución del gasto por paciente es, en consecuencia, similar al del gasto promedio por prestación.

⁵⁶ El precio promedio de las 31 ofertas de día cama básica adulto adjudicadas es \$299.432 y la desviación estándar \$198.467 (ambos montos en pesos de 2010) y, en consecuencia, la desviación estándar es 66 por ciento del valor promedio.

que se requieren antecedentes de oferta (privada y pública) y demanda por tipo de cama en cada una de estas localidades.

Cuadro N° 3
Gasto Promedio Día Cama Integral por tipo de cama (M\$ 2013)

	2010	2011	2012	
Aguda	276	224	256	-7,4%
Básica	194	273	366	89,0%
Coronaria	1.025	889	836	-18,4%
UCI	911	913	834	-8,4%
UTI	501	601	566	12,9%
Total general	770	685	676	-12,2%

Fuente: Cálculos propios a partir de bases de datos proporcionadas por el PCP.

Para tener una visión más completa sobre la eficiencia en la producción de este componente es necesario completar el análisis realizado con los siguientes antecedentes:

1. Los pacientes son derivados a aquellos prestadores seleccionados en una licitación de camas integrales que realiza FONASA y con los cuales se establece un convenio marco. Durante la licitación los oferentes son ordenados de acuerdo a la oferta que realizan⁵⁷ y se adjudica a aquellos prestadores que cumplen con las condiciones básicas establecidas en las bases del proceso. La licitación es a nivel nacional y cada ofertante es libre de ofrecer los precios que estime convenientes. Para que los prestadores adjudicados ofrezcan precios competitivos es condición necesaria que haya una cantidad significativa de oferentes. El mercado de las clínicas privadas es un mercado segmentado geográficamente y, por lo tanto, no necesariamente existe competencia, al menos en el corto plazo, entre clínicas ubicadas en localidades distintas: por ejemplo, una clínica en Santiago con otra en Concepción o Puerto Montt. En consecuencia, en aquellas localidades con muy pocos oferentes (2 o 3 por ejemplo) se generan los incentivos para que las clínicas planteen ofertas con precios no competitivos ya que si cumplen con las bases de la licitación, la probabilidad de que sean adjudicados es muy alta. Esto es consistente con la alta variabilidad en el precio del día cama ofertado⁵⁸ y adjudicado (ver cuadros siguientes), sin que en varios casos el mayor precio refleje una mayor calidad en la prestación⁵⁹. En consecuencia, estos antecedentes indican la posibilidad de que a algunos prestadores privados se le paguen precios

⁵⁷ Los criterios considerados en la evaluación de la propuesta incluye: Recursos humanos (25%), infraestructura y equipamiento (20%), integralidad de la oferta (15%), disponibilidad de prestaciones asociadas o servicios conexos (15%) y oferta económica (25%). Los criterios se consideran adecuados en cuanto a que consideran todos los aspectos necesarios para obtener una prestación con estándares de calidad adecuados, pero no estamos en condiciones de señalar si los ponderadores son los adecuados.

⁵⁸ Para ilustrar la variabilidad se tiene:

- Día cama UTI Adulto: Clínica Colonial (RM) \$394.000, Clínica San Carlos de Apoquindo (RM) \$765.710, Clínica Reñaca (Región V) \$1.000.000, Clínica Universitaria de Concepción (Región VIII) \$1.200.000.

- Día cama UCI adulto: Clínica Miraflores (Región V) \$782.500, Clínica San Carlos de Apoquindo (RM) \$943.844, Clínica Alemana de Santiago (RM) \$1.150.000, Clínica Los Andes de Puerto Montt (Región X) \$1.390.000, Clínica Universitaria de Concepción (Región VIII) \$1.500.000.

⁵⁹ En particular, entre los 33 prestadores adjudicados la Clínica Universitaria de Concepción obtuvo el puntaje más bajo en recursos humanos y en equipamientos e infraestructura, mientras que en puntaje ponderado obtuvo el lugar 31 y, sin embargo, ofertó el precio más alto en cada uno de los tipos de cama: por ejemplo, día cama UCI adulto (\$1.500.000), día cama UTI adulto (\$1.200.000).

superiores a los competitivos⁶⁰, disminuyendo la eficiencia en la producción de este componente., y por lo tanto requiere que el PCP analice este fenómeno

2. Se observa una alta variabilidad en los precios por día cama ofertados por los prestadores privados asignados en la licitación del año 2010, donde los precios promedios ofertados por las clínicas en provincia son mayores a los de las clínicas de Santiago en los diferentes tipos de cama integral y además tienen una mayor dispersión. Es decir, los precios promedio y la desviación estándar son mayores en regiones donde el número de prestadores es menor. Los cuadros siguientes resumen los datos que respaldan este análisis para Día Cama UCI y UTI, respectivamente.

Cuadro N° 4
Precio promedio Día Cama UCI adultos adjudicados, (\$ 2010)

Región	Promedio	Desvest	N° prestadores
RM	995.154	139.341	9
Valparaíso	1.010.833	264.059	3
Bio Bio	1.275.000	318.198	2
Rancagua	1.095.000	134.350	2

Fuente: Contrato prestaciones de salud entre FONASA y PUC.

Cuadro N° 5
Precio promedio Día Cama UTI adultos adjudicados, (\$ 2010)

Región	Promedio	Desvest	N° prestadores
RM	659.784	161.423	9
Valparaíso	746.980	237.663	3
Bio Bio	845.333	314.588	3
Rancagua	775.000	247.487	2
Los Lagos	694.500	347.189	2

Fuente: Contrato prestaciones de salud entre FONASA y PUC.

3. Si bien no es posible obtener el valor pagado por los SS por día cama integral para todo el periodo evaluado, se tuvo acceso a la base de datos de compras a privados realizados por los SS en el año 2012, en el cual se logra diferenciar presupuestariamente la ejecución de compra de camas críticas a prestadores privados. De la base analizada se encontraron y consideraron 7 datos de compra por establecimientos de 5 SS a lo largo del País, cuyo gasto fue considerado como la compra de un día cama crítica, pues los valores no se condicen con una cantidad mayor de días, ejemplo de esto son valores de compra anual que van desde \$ 270.240 hasta \$ 975.633 (pesos año 2012). Con esta información se calculó un promedio como muestra para luego comparar con los valores cancelados en 2012 a los privados en convenio por el PCP por la compra de cama UCI adulto, pediátrica y neonatal a nivel nacional. Los resultados obtenidos son:

⁶⁰ Esto es que reflejen los costos de producción y que les permita a los oferentes obtener una rentabilidad normal.

Cuadro N° 6
Costo diario promedio cama integral PCP y SS año 2012
 \$ 2013.

Comprador	Prestación***	Costo diario promedio
PCP*	Cama crítica	754.646
Servicios de Salud **	Cama Crítica***	599.519
Diferencia %		12,70%

Fuente: Base de datos de compra de cama integral a privados entregada por PCP, año 2012.
 Muestra de base de datos de compras de cama crítica integral a privados entregada por MINSAL año 2012
 Notas:

* Considera promedio de camas críticas UCI adulto, pediátrica y neonatal.

** Considera 7 valores unitarios (promedio) de camas críticas, UCI, UTI, Neonatal de 5 SS a lo largo del País.

*** Cabe señalar que el concepto "cama integral" corresponde al mismo producto entregado por PCP y SS.

De la muestra obtenida se confeccionó el cuadro N° 6 del cual no es posible obtener conclusiones definitivas, pero los resultados señalan que la eficiencia en la compra a privados de los SS podría ser en algunos casos superior a la de compra centralizada realizada por el PCP, dado que se están comparando "camas integrales", ya que los pacientes trasladados a establecimientos privados, son derivados al establecimiento de origen una vez que se encuentran en condiciones clínicas para ello, lo que indica que se les realizan (con autorización del Hospital derivador) todas las prestaciones necesarias.⁶¹

Un caso específico se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 7
Comparación Costo diario cama integral año 2012
 \$ 2013

Comprador ⁶²	Prestación	Costo diario
PCP	Cama UCI	1.000.283
PCP	Cama UTI	836.730
Hospital Luis Calvo Mackenna	Cama crítica	728.973

Fuente: Base de datos de PCP año 2012, Región Metropolitana, SSMO, compra realizada para H. Luis Calvo Mackenna. Base SIGFE de compra a privados por SS, entregada por MINSAL, Región Metropolitana, Hospital Luis Calvo Mackenna del SSMO año 2012.

- Otros antecedentes pueden ser obtenidos del Estudio de Costos de prestaciones - PUC 2011⁶³, mediante la comparación de los costos de un día cama UCI Adulto en que incurren prestadores

⁶¹ Como forma de corroborar que la compra de camas integrales es el mismo producto para ambos compradores se señalan algunos ejemplos de licitaciones en Portal de Compras Públicas como: ID: 1156-106-LP12 (SS Valparaíso); ID: 1676-573-LE13 (H. Padre Hurtado); ID: 2252-363-PL12 (H. Calvo Mackenna).

⁶² Comprador PCP prestación para el H. Luis Calvo Mackenna, promedio cama UCI, promedio cama UTI. Comprador H. Luis Calvo Mackenna, no se especifica si compra corresponde a cama UCI o UTI, por lo cual se colocan ambos valores de compra de camas por el PCP y se compara con el valor de compra del propio Hospital. Comparando el valor de la prestación comprada por el Hospital L. C. Mackenna con ambos tipos de cama, éste es en ambos casos menor.

⁶³ Estudio realizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile el año 2011, a solicitud de FONASA. Cabe señalar que las muestras consideradas del Sector Privado son comparables con los establecimientos tomados en el Sector Público.

del sector privado, prestadores institucionales de los SS y el Arancel PPV que se cancela a los establecimientos de la red pública. Los resultados obtenidos son:

Cuadro N° 8
Costo diario medio cama UCI adulto en sector privado y SS año 2011
a pesos año 2013

Comprador	Prestación	Costo diario promedio *	Arancel PPV *	Diferencia en \$	Diferencia en %
Sector Privado	cama UCI Adulto	375.290	264.250	111.040	42,02%
Servicios de Salud	cama UCI Adulto	351.379	264.250	87.129	32,97%
Diferencia %		6,80%			

Fuentes: Estudio de costos prestaciones- PUC 2011; Arancel de Prestaciones Valoradas.

*Es importante considerar que estos aranceles subestiman el verdadero costo de las prestaciones ya que no consideran en su estimación los costos del total de recursos humanos ni de infraestructura.

Se observa que los costos de prestadores públicos y privados son similares en cuanto a la prestación básica otorgada (día cama UCI). Las diferencias surgen por los costos de las prestaciones adicionales que puede otorgar el sector privado y que por capacidad instalada el sector público no siempre puede ofrecer, tales como hotelería, procedimientos o exámenes que requieren infraestructura de alta complejidad, equipamiento más sofisticado y recurso humano más calificado⁶⁴.

Si bien el mercado está segmentado principalmente por zona geográfica, es importante señalar que el precio promedio cobrado por el sector privado al PCP por un día cama integral UCI Adulto es de \$902.765 en el año 2012 (\$ 2013). En consecuencia, si se establece el supuesto que el costo de la cama UCI adulto de los prestadores adscritos al PCP en 2011 fuera igual al estimado para el sector privado en el estudio de la PUC⁶⁵, entonces el valor de las prestaciones adicionales (exámenes y procedimientos específicos) incorporadas en un día cama integral sería en promedio de aproximadamente \$527.000. Sin embargo, no se contó con los antecedentes de gastos necesarios que permitiesen corroborar dicha estimación.

En resumen, existe evidencia de ganancias en eficiencia en la producción del componente camas integrales durante el período analizado, ya que el gasto promedio por día cama integral disminuye 12%. Sin embargo, los antecedentes analizados indican que el proceso de licitación mediante el cual se determina los prestadores adscritos al programa y los precios pagados por día cama integral podría no ser suficientemente competitivo en localidades fuera de la Región Metropolitana. Los antecedentes presentados requieren ser analizados en profundidad por el PCP ya que plantean la posibilidad de que haya espacio para mejoras adicionales en la eficiencia en la producción de este componente.

Componente 3: Compra de prestaciones Bono AUGE.

Bono AUGE es un componente que incluye una cantidad amplia de prestaciones muy heterogéneas en términos de su naturaleza y costo. Por lo mismo, un análisis desagregado es de mayor utilidad para el análisis de eficiencia en la producción de este componente. Para ello se analiza la evolución en el costo unitario de los ocho problemas de salud más relevantes en términos de su importancia en el gasto del

⁶⁴ Estudio realizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile en el año 2011, a solicitud de FONASA.

⁶⁵ En el estudio mencionado, la estimación de costos en privados se obtuvo de datos de prestaciones otorgadas por el sector privado del año 2010 corregido a la fecha del estudio (información de Superintendencia de Salud) con los cuales se calculó un costo medio ponderado descartando casos extremos de manera que se consideren los establecimientos privados cuya función de producción se ajuste a las normas y guías clínicas que generan las funciones de producción públicas.

componente⁶⁶, también se presenta una desagregación por tipo de compra: convenio marco o trato directo. El gasto en estas prestaciones corresponde a casi 86% del gasto en el componente. Para facilitar la comparación se considera solo intervenciones quirúrgicas, no incluyendo en el análisis procedimientos diagnósticos y otros que pueden distorsionar la comparación. En el año 2010 sólo se realizaron prestaciones de cataratas y por tanto tampoco se considera dentro del análisis, focalizándonos solo en los años 2011 y 2012.

Los principales resultados obtenidos son:

1. El gasto promedio ponderado⁶⁷ cae 2% entre 2011 y 2012.
2. Se observa un incremento en el costo unitario en cinco problemas de salud (3%, 3%, 1%, 8%, y 9%) y disminución en tres de ellas (3%, 5% y 11%)⁶⁸.
3. Respecto a la modalidad convenio marco se observa aumento en el gasto promedio en 4 problemas de salud y disminución en tres de ellas (tumores primarios SNC no tiene compras bajo esta modalidad).
4. Otro aspecto interesante es que no se observa que la modalidad convenio marco permita acceder sistemáticamente a costos promedios más bajos. De hecho, se observan más casos donde la modalidad trato directo permite acceder a costos unitarios más bajos. Esto se observa en cuatro de siete problemas de salud analizados y que tienen compras en las modalidades de convenio marco y compra directa en los años 2011 y 2012: cáncer gástrico, endoprótesis de cadera, hernia del núcleo pulposo e hiperplasia de próstata.

⁶⁶ Se incluye los problemas de salud cáncer gástrico, cataratas, colecistectomía preventiva de cáncer de vesícula, endoprótesis de cadera, escoliosis, hernia del núcleo pulposo lumbar, hiperplasia de próstata y tumores primarios SNC.

⁶⁷ Los ponderadores son los porcentajes que representa el gasto en el problema de salud respecto al gasto total en las ocho prestaciones consideradas en el análisis.

⁶⁸ Para los problemas de salud cataratas y escoliosis se encontró solo una prestación en la modalidad trato directo, así que el significativo aumento en el gasto promedio en estas prestaciones en dicha modalidad debe ser vista con cautela. Si excluimos estas prestaciones se puede observar que el gasto promedio bajo esta modalidad disminuye en 4 de los 6 problemas de salud restantes.

Cuadro N° 9
Variación del costo unitario prestaciones seleccionadas
Componente 3 Bono AUGE (M\$ 2013)

Problema de Salud	Gasto por prestación		Var %
	2011	2012	
Cáncer gástrico	4.597.617	4.747.494	3%
Convenio Marco	5.340.208	5.414.445	1%
Resolución trato directo	4.020.047	3.080.117	-23%
Cataratas	600.446	619.542	3%
Convenio Marco	603.106	613.782	2%
Resolución trato directo	573.124	1.852.200	223%
Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula	1.267.736	1.232.663	-3%
Convenio Marco	1.200.161	1.276.194	6%
Resolución trato directo	1.272.312	1.169.676	-8%
Endoprótesis de cadera	4.559.401	4.322.188	-5%
Convenio Marco	7.595.546	4.714.205	-38%
Resolución trato directo	4.454.706	4.137.709	-7%
Escoliosis	8.371.098	8.447.491	1%
Convenio Marco	8.344.881	6.894.300	-17%
Resolución trato directo	8.381.182	14.660.256	75%
Hernia del núcleo pulposo lumbar	1.437.298	1.556.289	8%
Convenio Marco	1.562.194	1.613.358	3%
Resolución trato directo	1.395.464	1.433.053	3%
Hiperplasia de próstata	1.145.893	1.248.881	9%
Convenio Marco	1.224.220	1.256.337	3%
Resolución trato directo	1.059.281	1.066.212	1%
Tumores primarios SNC	6.259.440	5.579.918	-11%
Convenio Marco	0	0	
Resolución trato directo	6.259.440	5.579.918	-11%
Promedio ponderado	2.511.227	2.452.641	-2%

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos entregadas por FONASA

Para este componente se analiza también la dispersión de precios de los cuatro problemas de salud más importantes en cuanto a su participación en el gasto total de este componente en el año 2012. Los problemas de salud se señalan en la primera columna del cuadro siguiente y el gasto en ellos corresponde al 63% del gasto total en el componente. Para facilitar la comparación, en el análisis se considera solo intervenciones quirúrgicas. El cuadro presenta, para intervenciones quirúrgicas de los

cuatro problemas de salud señalados, el gasto promedio por prestación, su desviación estándar, precio máximo, precio mínimo y la relación entre precio máximo y mínimo.

Cuadro N° 10
Dispersión de Precios Intervenciones Quirúrgicas para el año 2012 de las cuatro Prestaciones Principales del Bono AUGE, (\$ 2013)

Problema de Salud	Gasto Promedio	Desvest	Precio Máximo	Precio Mínimo	Relación Precio Máx-Mín
Cataratas	596.972	125.976	1.852.200	463.050	4,0
Colecistectomía preventiva de cáncer de vesícula	1.230.546	237.001	1.829.190	720.300	2,5
Endoprótesis de cadera	4.475.342	1.118.796	7.514.709	3.261.930	2,3
Hernia del núcleo pulposo lumbar	1.568.338	319.066	2.670.049	1.101.030	2,4

Fuente: Cálculos propios utilizando base de datos AUGE año 2012.

Los resultados muestran que una importante dispersión de precios. En particular, la desviación estándar es en promedio 21% del gasto promedio por intervención quirúrgica⁶⁹ y la relación entre el precio máximo y mínimo fluctúa entre 2, 3 y 4.

En resumen, si bien el gasto promedio ponderado en las 8 principales prestaciones del Bono AUGE cae 2% entre 2011 y 2012, también se observa una alta dispersión en los precios pagados por las prestaciones, cuyo comportamiento requiere ser analizado por el programa para verificar si son posibles ganancias en eficiencia adicionales.

Componente 4: Compra de otras prestaciones.

Este componente corresponde a un grupo heterogéneo de prestaciones; la mayor parte de ellas para recibir pacientes crónicos, habitualmente terminales, que son convenidos como día cama básica, la cual incorpora la asistencia sanitaria básica.

De acuerdo a los antecedentes proporcionados por el PCP existen convenios con 10 instituciones. Se analiza la eficiencia en la producción de este componente sólo para los convenios con Hogar de Cristo, Fundación Las Rosas y con la Clínica Alemana vigente desde 2004⁷⁰, los cuales representan poco más de 85% del gasto en el componente.⁷¹

A continuación se muestra el gasto promedio por día cama para los convenios de FONASA con Hogar de Cristo y Fundación Las Rosas para los años 2011 y 2012.

⁶⁹ Corresponde al promedio simple de la desviación estándar dividido por el gasto promedio de los cuatro problemas de salud analizados.

⁷⁰ Este convenio establece que la Clínica Alemana prestará servicios de exámenes en la especialidad de gastroenterología de alta complejidad. Cada una de los exámenes tiene el mismo valor. Los principales exámenes son ERCP, Endoscopia, Colonoscopia y Dilatación esofágica, los cuales concentran más del 90% del presupuesto del convenio.

⁷¹ Este componente representa entre 2011 y 2012 poco menos del 3,5% del gasto total del Programa y, en consecuencia, no afecta en forma significativa los resultados obtenidos. Además, los encargados de gestionar el programa señalan que este componente debería salir del programa.

Cuadro N° 11
Gasto Promedio por día cama convenios FONASA con Hogar de Cristo y Fundación Las Rosas 2011-2012
(Miles de \$ 2013)

	2011	2012	Variación
Las Rosas	9.483	9.206	-277 (-2,9%)
Hogar de Cristo	11.763	10.271	-1.492 (-12,7%)

Se observa una disminución en el gasto promedio en ambos casos, siendo más significativa en el caso del Hogar de Cristo (12,7%).

Finalmente, se analiza el convenio FONASA – Clínica Alemana con el objetivo de verificar si las condiciones particulares de este son ventajosas para FONASA. Se estimó el costo en que hubiese incurrido FONASA en el año 2012 si en vez de obtener las prestaciones mediante este convenio lo hiciera pagando aranceles MAI o PPV⁷². Adicionalmente, se calculó el costo que significaría realizar estos exámenes en la Clínica Alemana pagando los aranceles de la clínica. Los resultados obtenidos se presentan en el cuadro siguiente:

Cuadro N° 12
Costo total por tipo de exámenes de Gastroenterología año 2012: con convenio FONASA-Clinica Alemana,
Arancel MAI-PPV, Arancel Clínica Alemana (\$ 2013)

Prestación	Convenio FONASA- Clínica Alemana	ARANCEL MAI o PPV ⁷³	Clínica Alemana
ERCP	121.123.919	296.957.361	400.400.000
Colonoscopia	57.766.792	18.251.970	80.290.000
Dilatación	31.944.770	38.059.006	44.400.000
Endoscopia	63.756.437	15.683.792	49.816.000
Total general	274.591.918	368.952.128	574.906.000

Fuente: Cálculos propios.

Se observa que el convenio es claramente conveniente, ya que el gasto en que incurriría el programa si pagara arancel MAI por los exámenes de Colonoscopia y Endoscopia más arancel PPV por los exámenes ERCP⁷⁴ y Dilatación esofágica sería de aproximadamente MM\$ 369, significativamente mayor que lo que gasta el programa actualmente en esos exámenes (MM\$ 275). La diferencia sería aún mayor si pagara los aranceles de la Clínica Alemana.

A continuación se presenta el gasto total componentes por beneficiario y total del Programa⁷⁵. El gasto total en componentes por beneficiario y total del programa disminuye en el período analizado, lo que es consecuencia de la disminución del costo promedio por beneficiario de día cama integral y de la ligera

⁷² Es importante considerar que estos aranceles subestiman el verdadero costo de las prestaciones ya que no consideran en su estimación los costos de recursos humanos ni de infraestructura.

⁷³ Se combinaron estos aranceles ya que los aranceles MAI no consideran los exámenes ERCP ni Dilatación esofágica, y los aranceles PPV no incluyen Endoscopia ni Colonoscopia.

⁷⁴ ERCP corresponde a Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica Terapéutica.

⁷⁵ Para calcular este indicador se dejó fuera el Componente 4, en el año 2009 considera sólo Diálisis, en el año 2010 Diálisis y Cama Integral, y para los años 2011 y 2012 Diálisis, Cama Integral y Bono Auge.

disminución en el costo de Diálisis, que juntos representan más del 90% del gasto en los componentes 1, 2 y 3.

Cuadro N° 13
Gasto Total Componentes por Beneficiario y Total programa
por Beneficiario 2009-2012 (miles de \$ año 2013)

Año	Gasto Total Componentes por Beneficiario	Gasto Administración por Beneficiario	Gasto Total programa por Beneficiario
2009	7.090	14	7.104
2010	6.918	10	6.929
2011	5.122	12	5.134
2012	6.623	14	6.638
Variación 2009-2012	-467 (-6,6%)	0 (0%)	-467 (-6,6%)

Fuente: Elaboración del Panel utilizando información proporcionada por el Programa evaluado.

El Panel considera que, dado que tanto el FONASA como los SS realizan compra a privados, una mayor coordinación entre ambas instancias pudiera redundar en una mayor eficiencia en el uso de los recursos asignados a la compra de privados.

Finalmente, el gasto de administración del Programa⁷⁶ representa en promedio 0,19% del gasto total del Programa durante el período de evaluación, aumentando desde 0,17% en 2009 a 0,21% en 2012, es decir con un aumento marginal en relación a los recursos del Programa. A juicio del panel, el gasto administrativo del programa está subestimado ya que no se considera el gasto en Administración de otras áreas que participan en la cadena de prestación del servicio como por ejemplo UGCC (gasto de operación de MINSAL) ni a la infraestructura necesaria para el funcionamiento del programa.

▪ **Desempeño Global**

¿Resuelve el programa el problema para el cual fue creado?

El Panel evaluador considera que no es posible establecer la magnitud en la cual el PCP resuelve el problema para el cual fue creado, con excepción del componente 1 Diálisis, donde el PCP resuelve con un 100% de cobertura el problema de los pacientes derivados por los SS. Esto dado que el programa no se instaura a partir de un diagnóstico objetivado y tampoco es evaluado periódicamente y las brechas de demanda oferta no están cuantificadas ni al momento de iniciar este Programa ni durante su ejecución para todos los componentes en que esto es factible. En el caso de Camas Integrales, el PCP financia el 64% de las derivaciones que son gestionadas desde la UGCC hacia prestadores privados, estando las otras derivaciones fuera del PCP. En el caso de Bono AUGE, el Panel no ha tenido acceso a las bases de datos que permitirían emitir un juicio respecto del grado en que resuelve los reclamos⁷⁷. Para el Componente 4 esta incerteza es mayor aún, dadas las características ya señaladas de este componente.

El PCP es uno de los varios mecanismos implementadas para solucionar las brechas, como lo es también la compra que realizan los establecimientos públicos, el programa de MINSAL en resolución AUGE, la actividad UGCC fuera del PCP y la generación de mayor capacidad productiva de la red pública.

⁷⁶ El gasto de administración del programa corresponde a la suma de los gastos en personal y en bienes y servicios de consumo.

⁷⁷ Bases de datos con la cantidad de reclamos que se realizan en el plazo legal establecido.

Todo ello ocurre a juicio del Panel, sin un diseño, organización ni coordinación suficiente del PCP con los otros actores involucrados, a modo de asegurar la mayor eficiencia y eficacia en el PCP, ya que actúan como actividades superpuestas, con excepción del componente 1 Diálisis⁷⁸. En cuanto a la calidad de las prestaciones gestionadas a través del PCP, los antecedentes disponibles señalan para el año 2012 incumplimiento por parte de prestadores privados de los criterios técnicos convenidos en Diálisis⁷⁹. En el caso de AUGE, se evidencia que en el período evaluado, un 41,7% de los pacientes tienen la prestación principal en un plazo mayor de 2 semanas luego de haber realizado el reclamo; hay 1.200 casos con tiempo de espera mayor de 4 semanas de los cuales 35 pacientes tienen diagnóstico de cáncer, siendo otros 844 casos atribuibles a 4 problemas de salud: cataratas, colecistectomía, vicios de refracción e hiperplasia de próstata.

¿Tiene un costo razonable?

La respuesta a esta pregunta es por componente. El análisis de la eficiencia en la producción de cada uno de ellos permite concluir:

1. Para el **componente Diálisis** existen las condiciones para que el costo sea razonable: FONASA tiene poder monopsónico (fija precios y estándares mínimos de calidad) y, en consecuencia, el costo es razonable en la medida que el precio fijado refleje adecuadamente el costo de otorgar el servicio. Es decir, para asegurar esto se necesita estimar el costo en que incurriría un prestador eficiente, esto es que produce el estándar de calidad requerido al costo más bajo posible.
2. Para el **componente Camas Integrales**, se observan ganancias en eficiencia en la producción del componente camas integrales durante el período analizado, ya que el gasto promedio por día cama integral disminuye 12%. Sin embargo, el análisis desagregado permite observar:
 - Una alta dispersión en el gasto promedio por día Cama Integral pagado por el PCP, sin que necesariamente los precios más altos estén asociados a las clínicas con mayor prestigio y mejor puntaje en la licitación respecto de recursos humanos, equipamiento e infraestructura⁸⁰.
 - Los precios ofertados por clínicas de regiones son superiores a las clínicas de Santiago en los diferentes productos licitados, y además tienen una mayor dispersión. El mayor precio promedio y la mayor dispersión está correlacionada negativamente con el número de prestadores.
 - En consecuencia, existen antecedentes que permiten concluir con un grado razonable de seguridad que podría ser posible reducir el costo promedio de este componente.
3. Respecto al **componente Bono Auge** el gasto promedio ponderado por prestación cae 2% entre 2011 y 2012. A nivel desagregado se observa una alta dispersión en los precios pagados por las intervenciones quirúrgicas en los cuatro principales problemas de salud (63% del gasto en el componente) en el año 2012. En particular, se observa que la relación entre el precio máximo y mínimo pagado por intervenciones quirúrgicas para cada problema de salud fluctúa entre 2, 3 y 4. En consecuencia, estos resultados indican que son posibles ganancias adicionales en eficiencia.
4. Por último, respecto al **componente 4 (Otras prestaciones)** no es posible obtener conclusiones generales ya que incluye un grupo heterogéneo de prestaciones. Por otro lado, el gasto en este componente representa sólo poco más del tres por ciento del gasto total del programa. En

⁷⁸ En el componente Camas Integrales la falta de planificación se evidencia por la baja cobertura, existencia de tratos sin mediar convenio y diferencias sustantivas en la cuantificación de los beneficios entregados. En AUGE no hay planificación posible dado que en el actual diseño se responde frente a reclamos y en el componente 4 la heterogeneidad de prestaciones y gestión del mismo orientan a la imposibilidad de dicha planificación.

⁷⁹ Ver antecedentes en el cuerpo del presente informe en capítulo "Calidad".

⁸⁰ Por ejemplo, entre los 33 prestadores adjudicados la Clínica Universitaria de Concepción obtuvo el puntaje más bajo en recursos humanos y en equipamientos e infraestructura y, sin embargo, su oferta tuvo el precio más alto en cada uno de los tipos de cama que ofertó.

consecuencia, las conclusiones sobre la eficiencia del programa no son afectadas en forma relevante.

¿Se puede ahorrar obteniendo un mismo nivel de desempeño?

En cuanto a un posible ahorro con el mismo nivel de desempeño, en opinión del Panel evaluador, esto no es posible a menos que el PCP realice un rediseño conceptual y de su modelo de gestión para los componentes 2, 3 y 4. Este rediseño debiera establecer entre otros, líneas base sobre las cuales generar indicadores de producto, proceso y resultado, de manera de poder evaluar los efectos y finalmente determinar con claridad el impacto de cada uno de los componentes sobre las brechas y las redes de salud. En el caso del componente 1 Diálisis, no hay sugerencias respecto de mayor eficiencia, dada la inexistencia de estudios de costos comparativos que permitan juicios adecuadamente fundados respecto de mecanismos de ahorro. Sin embargo, considerando que el programa fija el precio y el estándar de calidad del componente, se considera necesario estimar el costo eficiente de la prestación ya que reducir el precio es la única forma de ahorrar recursos para un nivel dado de desempeño.

Principales Recomendaciones

1. Complementar la presente evaluación analizando la compra a privados que realizan los establecimientos de salud de la red pública, ya que la actual evaluación no da cuenta del fenómeno a nivel de Sistema de Salud⁸¹. Esto con dos objetivos: facilitar la cuantificación de brechas y tener una estimación de los montos totales asociados a la compra a privados y así poder evaluar los usos alternativos de esos recursos financieros en cuanto a qué mecanismo resulta más eficaz, eficiente y que garantice una mejor calidad y continuidad en la atención. A juicio del Panel, los importantes recursos y costos crecientes del PCP con resultados considerados insuficientes en los ámbitos evaluados, obliga a revisar el diseño, modelo de gestión e impacto a corto y largo plazo de esta política sectorial.
2. Relacionar las estimaciones de demanda (punto anterior) con la oferta pública existente para definir brechas que permitan orientar respecto de tipo y cantidad de prestaciones que se requieren para cubrir dichas brechas; las estrategias implementadas a partir de esta información reduciría la falta de oportunidad en la entrega de la solución a los problemas de salud de los beneficiarios, disminuyendo así los reclamos al FONASA por este concepto.
3. Fortalecer las actividades de fiscalización y sanciones especialmente en el área de diálisis por el alto volumen de prestaciones tranzadas y los resultados observados en la fiscalización del año 2012.
4. Los resultados observados en cuanto a eficiencia, llevan a recomendar realizar análisis comparativos de costos asociados a las prestaciones que incorpora el PCP vs el costo que dichas prestaciones tienen cuando las realiza el sector público, así como cuando las compra el sector público directamente, para establecer la eficiencia del PCP.⁸²
5. Incorporar el concepto de “oportunidad en la entrega de prestaciones” con un mayor énfasis en el propósito del PCP, a objeto de que éste diseñe indicadores para su monitoreo junto con otros indicadores de cobertura y disminución de brechas, generando los sistemas de registro necesarios.
6. Diseñar un sistema de información que permita el seguimiento y evaluación regular de los indicadores de la matriz de marco lógico.

⁸¹ Dicho estudio debiera identificar tipo de prestaciones, cantidad y precio; requeriría de un levantamiento en los SS y establecimientos, para cuantificar la actividad de compra a privados a nivel del SNSS.

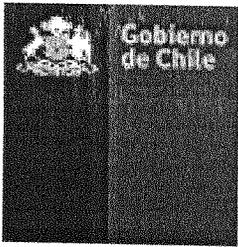
⁸² Se exceptúa el caso de diálisis ya que para estas prestaciones existe un estudio de costos. El presente estudio no permite establecer la existencia de economías de escala.

7. Se considera necesario reevaluar el diseño del proceso de licitación y comparar los costos y beneficios de esta alternativa en el componente camas integrales con:
- La provisión de este componente a través de los SS realizando las inversiones que sean necesarias.
 - Desarrollar un sistema mixto que incluya inversiones públicas en zonas geográficas específicas, complementada con compras a privados en otras. El criterio básico para determinar una u otra zona geográfica es el número de oferentes potenciales del componente.
 - Continuar con compras a privados, pero de forma descentralizada a través de los SS⁸³.

⁸³ Esta alternativa requiere diseñar mecanismos para que los Servicios de Salud tengan los incentivos necesarios para comprar eficientemente.

**COMENTARIOS Y OBSERVACIONES
AL INFORME FINAL DE EVALUACIÓN
POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN
RESPONSABLE**

AGOSTO 2013



ORD.3G/ N°

011995 22 AGO '13

ANT.: ORD. C98/13, DEL 12 DE AGOSTO DE 2013

MAT.: ENVIA COMENTARIOS A INFORME FINAL PREPARADO POR PANEL DE EVALUACIÓN. PROGRAMA DE COMPRAS A PRIVADOS DEL PROGRAMA DE PRESTACIONES VALORADAS

DE: PATRICIO MUÑOZ NAVARRO
DIRECTOR NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD

A: ROSSANA COSTA COSTA
DIRECTORA DE PRESUPUESTO
MINISTERIO DE HACIENDA

Junto con saludarle, por medio de la presente, informo a Ud., las observaciones de la Institución que dirijo, respecto al informe final preparado por panel de evaluación correspondiente al Programa de Compras a Privados del Programa de Prestaciones Valoradas.

En primer lugar se hace presente que el Programa Compras a Privados, tiene como finalidad dar cobertura a las brechas de atención que se presentan en el Sector Público de Salud, buscando la mayor eficiencia posible en cuanto a su gasto, reconociendo a su vez, que éste es superior al que se registraría si la actividad se realizara a través de la Red Pública. Respecto a la diferencia de precios pagados a prestadores privados, en relación al arancel PPV (precio pagado a prestadores públicos), cabe destacar, que es esperable que exista esta diferencia, debido a que dicho arancel sólo representa parte del costo, ya que la otra parte es financiada por la vía de presupuesto histórico. En el caso de los prestadores privados no sólo se considera el costo de la prestación de salud, sino también, se incluye en el precio elementos como el costo de capital, depreciación, inversión y el margen de operación, no recibiendo financiamiento adicional alguno como el caso del sector público, por lo tanto no son comparables ambos precios por las razones expuestas.

En segundo lugar, el informe señala que el Programa se superpone con las compras a privados que realizan directamente los Servicios de Salud. Al respecto, se debe aclarar que ello no es así, ya que no existen compras de iguales prestaciones para un mismo paciente, sino que ambas compras se complementan, toda vez que FONASA, Servicios de Salud y Hospitales cuentan con las facultades necesarias para efectuar contrataciones con terceros. Por lo que no existe superposición alguna.

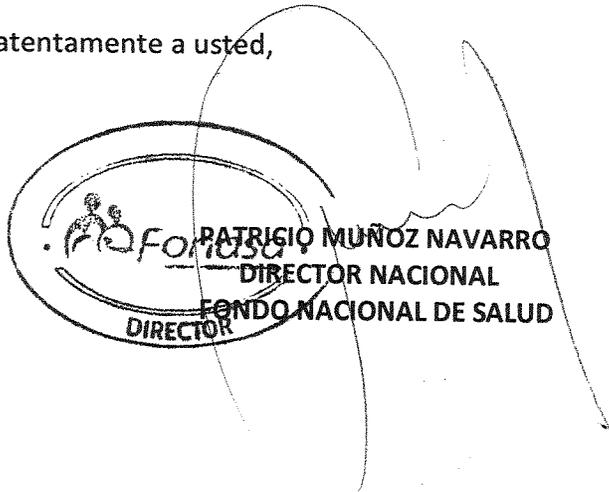


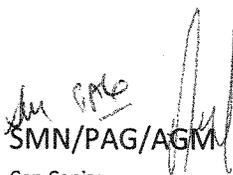
En tercer lugar y en lo que respecta a los sistemas de registro, éstos están siendo progresivamente mejorados, en especial con la implementación del Sistema de Información Corporativa, actualmente en desarrollo, con lo que se tendrá un mejor sistema de registro para el Programa de Compra Directa.

En cuarto lugar, en cuanto al seguimiento de la oportunidad de atención en las compras AUGE, a partir de abril del presente año se han implementado una serie de procedimientos que incorporan una visión de gestión integrada, desde el otorgamiento del Bono AUGE hasta la atención de salud en el prestador asignado, y su posterior pago. De esta forma, se asegura la trazabilidad en el proceso, y es posible centrarse en el objetivo de fondo, que es resolver el problema de salud de nuestros asegurados. Además, se ha implementado acceso al SIGGES (Sistema de Garantías Explícitas de Salud), a los ejecutivos de sucursales de FONASA, de manera que cuenten con mayores herramientas en el punto de contacto con los asegurados, para resolver sus necesidades. De esta forma, se busca integrar la información contenida en el SIGGES con la emisión del Bono AUGE, impactando en la reducción del tiempo de respuesta en la emisión del bono y designación del segundo prestador. Adicionalmente, esto permite revisar en línea los antecedentes respecto a las garantías incumplidas, reduciendo de esta forma el número de bonos no ejecutados por condición clínica o patología descartada.

Por último, es necesario señalar que la labor de FONASA se orienta a sus asegurados, labor que sus colaboradores realizan día a día, lo que se ve reflejado en las mejoras que se implementan de manera continua a través de toda la institución. Las mejoras implementadas desde el 2011 a la fecha en relación al Bono AUGE es una muestra de ello.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,


PATRICIO MUÑOZ NAVARRO
DIRECTOR NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD
DIRECTOR


SMN/PAG/AGM

Con Copia:

Paula Darville Álvarez, Jefa División Control de Gestión, Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda

Loreto Olave, Jefe de Control de Gestión Ministerial, Ministerio de Salud

Paquita Azocar, Jefe Subdepartamento Gestión Comercial Privado, Fondo Nacional de Salud

Oficina de Partes Fonasa/