

ESTUDIO

EVALUACIÓN DEL FAP COMO MÉTODO DE REEMBOLSO A LOS HOSPITALES PÚBLICOS EN CHILE*

Sylvia Galleguillos
María Isabel Sierralta*****

En los últimos años, el costo de la medicina se ha elevado considerablemente en el mundo entero. De este modo, han adquirido importancia los métodos de financiamiento hospitalario, según su contribución a la contención de costos en salud.

En Chile opera actualmente un mecanismo de reembolso a los hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud, denominado Facturación por Atención Prestada (FAP). El objetivo del presente trabajo es investigar si este mecanismo contribuye a la contención de costos en salud.

Se concluye que el FAP no contribuye mayormente a tal objetivo. Entre algunos elementos que explican este hecho, las autoras señalan: precios de reembolso que no dan señales a los agentes económicos directamente involucrados en las prestaciones, un sistema de reembolso retrospectivo, basado en lo que aconteció y no en una planificación de las actividades por efectuar en una población dada

*La presente investigación contó con el financiamiento de FONDECYT (Proyecto N° 1194-88).

**Ingeniero Comercial, Universidad de Chile. Master of Health Sciences, Universidad de Toronto.

***Ingeniero Comercial, Universidad de Chile. Master of Business Administration, Universidad de Chicago.

y, por último, el que sea un mecanismo que reembolsa según los insumos utilizados y no según resultados.

Para avanzar en el cumplimiento de este objetivo, se señala en el estudio, sería conveniente tender hacia un sistema de reembolso de tipo integral, distinto del actualmente vigente, el que sólo reembolsa lo correspondiente a bienes y servicios de consumo, en tanto que lo referido a remuneraciones es financiado a través de otra vía, imponiendo una limitación a la relación entre financiamiento hospitalario y servicio otorgado.

En un plazo mayor, agregan las autoras, sería conveniente redefinir la concepción básica del sistema, avanzando hacia un mecanismo de financiamiento de tipo prospectivo.

Introducción

El aumento que han experimentado los costos de los servicios hospitalarios en el último tiempo, a nivel mundial, ha llevado a analizar los métodos de financiamiento hospitalario. Ello, principalmente, por la influencia de tales métodos en la contención de los costos de la salud y por la escasez de recursos para atender a necesidades básicas, como la salud, en países en vías de desarrollo como el nuestro.

A partir de 1980, en Chile se implementó un mecanismo de reembolso a los hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), denominado Facturación por Atención Prestada (FAP). Tal como su nombre lo indica, el FAP corresponde a los fondos que entrega el Estado a hospitales públicos por atenciones prestadas a los pacientes que acuden a ellos.¹

El objetivo de este estudio es detectar si el FAP es un sistema que provee incentivos para contener costos en los hospitales públicos en Chile.

Si bien el sistema FAP no fue creado con ese objetivo, las autoras son de la opinión que la contención de costos debe considerarse como un objetivo primordial, tanto para la creación como para la modificación de sistemas de reembolso a hospitales, con el fin de que éstos perduren en el tiempo.

Métodos de reembolso hospitalario: antecedentes generales

Por método de reembolso hospitalario entendemos el mecanismo a través del cual una tercera parte pagadora -el Estado, Compañía de Seguro

Mayor información acerca del sistema FAP se entrega en el Anexo N° 1.

u otro- distribuye los fondos a los hospitales donde se atienden los pacientes a su cargo o sus beneficiarios.

Las modalidades de financiamiento hospitalario existentes a nivel mundial son variadas, las que afectan de diversa forma el comportamiento de los proveedores de atención de salud y de los pacientes. Por tratarse este caso de atención hospitalaria, donde el ámbito de decisiones de los pacientes es reducido, cabe esperar un mayor impacto del método de reembolso utilizado sobre el comportamiento de los proveedores. Esto es así ya que son los profesionales médicos, a través de la prescripción de tratamientos, quienes toman las decisiones respecto de la atención médica de los pacientes.

En términos generales, podemos considerar aquí dos tipos básicos de financiamiento hospitalario: los métodos retrospectivos y los prospectivos.

Métodos de reembolso retrospectivo

En estos métodos se reembolsa a los hospitales en forma *ex post*, es decir, una vez que la prestación y la estadía ya se han entregado en la unidad hospitalaria.

Uno de los tipos de reembolso retrospectivo es aquel que se basa en los costos incurridos. Este método es utilizado por un número importante de compañías de seguros en Estados Unidos, así como por, hasta hace algunos años, los programas asistenciales del gobierno a ancianos y pobres (Medicare y Medicaid). Con este método, los hospitales cobran a la institución que financia según los costos incurridos por paciente, generalmente con una tasa *per diem*.

El uso de este tipo de reembolso no está limitado a la industria hospitalaria. Contratos similares se establecen en actividades de consultoría, investigación y otras áreas, donde las características precisas del producto a ser comprado son difíciles de especificar *a priori*.

Una ventaja que tiene esta modalidad es que incentiva a entregar un producto de máxima calidad, ya que el proveedor nunca se ve inducido a sacrificar calidad para bajar los costos de producción, a menos que explícitamente el comprador se lo solicite. En este sentido, los aumentos de los costos son traspasados siempre al comprador o, en este caso, a la institución que financia. Sin embargo, esto puede convertirse en desventaja, ya que el método es considerado altamente inflacionario y generalmente ineficiente, razones por las cuales es usualmente criticado.² El razonamiento que avala

²Alan L. Sorkin (1984).

estas críticas plantea que si a los hospitales se les asegura el reembolso por todos los costos incurridos, existen escasos alicientes para disminuir costos a través de aumentos en la eficiencia y, en cambio, existen incentivos para usar la tecnología más avanzada disponible, asegurando diagnósticos, por ejemplo, con un mayor número de exámenes, aunque ello no sea médicamente necesario. Otros problemas asociados con este método son la dificultad de asignar costos a cada paciente en particular y lo oneroso que resulta monitorear el desempeño del hospital.

Un segundo método de reembolso retrospectivo es el que se basa en tarifas prefijadas, en el cual el hospital establece, en forma previa al consumo, el monto del cobro por unidad de servicio. Este se calcula generalmente sobre la base de las expectativas del hospital respecto de los costos futuros y niveles de producción. Este método es análogo al sistema de pago por acto, usado por los médicos para cobrar a sus pacientes la atención ambulatoria.

Este segundo sistema es utilizado por un número cada vez más reducido de compañías de seguros norteamericanas. Si bien tiene el mérito de que, al menos en el corto plazo, los aumentos en los costos son absorbidos por el hospital antes que por el paciente o la institución que financia, tiene varias desventajas, entre otras dar origen a subsidios cruzados entre pacientes. Estos últimos consisten en que los hospitales establecen sistemáticamente precios por sobre los costos para algunos servicios y usan los excedentes resultantes para financiar déficit en otros servicios por tarifas fijadas bajo los costos. En la medida en que los pacientes que reciban los primeros servicios no accedan a los segundos, esto daría origen a los subsidios cruzados referidos. Por otra parte, si bien la institución que financia está en antecedentes de las tarifas que le serán cobradas, una vez que los pacientes han sido atendidos, está obligada a reembolsar al hospital el total de prestaciones recibidas por el beneficiario.

Métodos de reembolso prospectivo

Los métodos prospectivos, en oposición a los anteriores, depositan el riesgo de las alzas de los costos en los hospitales y no en los pacientes o en la institución financista. Esto sucede porque el pago prospectivo implica que al hospital se le pacta por anticipado el pago, ya sea a través de presupuesto, capitación (o tarifa fija por población beneficiaria) o los más recientes DRG's (Grupos de Diagnóstico Relacionado).

A través de estos métodos los hospitales tienen alicientes para identificar y monitorear los costos de los servicios provistos, de modo de asegurar un financiamiento dentro de las tasas pactadas. Además, están obligados a determinar sus cobros sobre la base de sus costos reales para evitar pérdidas o lograr excedentes. Todo esto contribuye a contener costos y fomentar la eficiencia. Esta última operará a través de diversos mecanismos, según la unidad de pago prospectiva a que el hospital esté sometido. Por ejemplo, el presupuesto y la captación tienden a fomentar una disminución tanto en el número de casos tratados como en la estadía de los pacientes hospitalizados, así como el establecimiento de una mezcla de pacientes con diagnósticos de menor complejidad. Esto ocurre así, ya que una vez que el presupuesto está determinado para la institución, éste no se verá afectado por el número de admisiones de días-cama o el tipo de atención provista.³

Por otra parte, la eficiencia de los DRG's aumenta fundamentalmente a través de disminuciones en la estadía y en los procedimientos relativamente innecesarios, pues al recibir un pago fijo por diagnóstico, existe incentivo para resolverlo de la forma más eficiente posible. Dado que dentro del costo de la atención la extensión de la estadía tiene un impacto directo, el hospital intentará reducirla, lo que, en alguna medida, se ha comprobado en investigaciones recientes.⁴ Como es de suponer, resulta fundamental en estos métodos controlar la calidad de la atención entregada, de modo que los incentivos monetarios operen en forma adecuada.

El sistema de reembolso FAP, objeto de este estudio, se inserta dentro de los métodos de tipo retrospectivo y los incentivos que provee se abordarán más adelante.

Objetivos específicos del estudio

Los objetivos específicos de esta investigación son los siguientes:

1. Analizar el mecanismo FAP desde un punto de vista conceptual, en términos de su operación y de los incentivos que genera en los diferentes actores del sistema.
2. Estudiar los efectos que ha tenido el FAP sobre los gastos y la utilización de servicios hospitalarios en la Región Metropolitana.

³Alan L. Sorkin (1984).

⁴C. Davis y D. Rhodes (1988).

3. Obtener conclusiones que permitan intentar mejorar el sistema FAP, con el interés de crear un mecanismo que, al menos, no contenga objetivos contrapuestos con la contención de costos.

Estos tres objetivos serán desarrollados en las secciones siguientes.

Análisis del sistema de reembolso FAP

Financiamiento de hospitales públicos

Los hospitales del sector público se financian a través de fondos que les entrega el Estado por diversas vías y mediante ingresos propios o pagos que reciben de algunos de sus usuarios por prestaciones otorgadas.

En primer lugar, el Estado envía recursos a los centros asistenciales para el pago de las remuneraciones de sus trabajadores. Los cargos que ellos ocupan están enmarcados en alguna de las categorías de tamaños de planta de hospitales, definidos en los Decretos con Fuerza de Ley promulgados para los Servicios de Salud durante 1980.

Una segunda vía de financiamiento es el sistema de reembolso FAP, de acuerdo al cual se les entregan fondos a los hospitales por los gastos en bienes y servicios de consumo, incluidos en las prestaciones otorgadas.⁵ La proporción de gastos en bienes y servicios de consumo respecto del gasto total incurrido en la prestación determina los distintos niveles de complejidad de éstas, lo que, en definitiva, constituye la base para definir el valor o precio relativo de cada una.

Adicionalmente, el Estado entrega fondos a los hospitales por concepto de premios por el buen desempeño logrado, sobre la base de ciertos indicadores de condiciones de salud y eficiencia administrativa. Existe, además, otro tipo de financiamiento de los hospitales públicos, pero marginal a los ya mencionados.

En la próxima sección se analizará el mecanismo FAP, incorporando aspectos relativos al financiamiento de los hospitales públicos.

Facturación por Atención Prestada (FAP)

La implementación de este sistema ha sido un primer paso favorable en el intento de mejorar el uso de financiamiento hospitalario público, y

⁵ Dentro de lo que se denomina bienes y servicios de consumo se encuentran los insumos indirectos, tales como luz, agua, gas, energía y también aquellos directos, como los medicamentos.

adecuarlo a la realidad actual, en la búsqueda de una mayor eficiencia. Sin lugar a dudas, a la fecha este mecanismo demuestra, además, grandes avances en el sistema de registro de información, elemento necesario para la evaluación de gestión. También es importante destacar que la fijación de un sistema de incentivos para los hospitales, relacionado con indicadores de salud y eficiencia, parece bastante adecuado, ya que crea al interior de los hospitales, y en particular en la administración, incentivos correctos, orientados a aumentar la efectividad y eficiencia, en el uso de los recursos. Sin embargo, el sistema FAP nos merece los siguientes comentarios:

- a) Como primer aspecto relevante destaca que el reembolso a través del mecanismo FAP corresponde sólo a los bienes y servicios de consumo, es decir, a una parte de los insumos involucrados en las prestaciones que realizan los hospitales públicos.

Otros insumos, como las horas-hombre utilizadas en las prestaciones, por ejemplo, no se incluyen en el FAP, y por este concepto se envían mensualmente fondos a los hospitales. Esta parcelación en el financiamiento limita la capacidad administrativa del director del hospital, puesto que la fijación del tamaño de planta y el pago directo de sueldos y salarios por parte de la autoridad central, si bien asegura a los trabajadores de los hospitales públicos el pago de sus remuneraciones, no permite a la dirección de cada centro asistencial alterar la composición de sus costos.⁶ Esto merece destacarse, ya que los costos en remuneraciones son bastante elevados, llegando a constituir un 60% de los costos totales en este estudio. Asimismo, lo que corresponde a presupuesto para inversión es determinado centralmente, limitando nuevamente la gestión del director de hospital.

En definitiva, el hecho de que el FAP retribuya sólo parte del financiamiento significa que no existen incentivos para optimizar la mezcla de insumos hospitalarios ni para conocer el costo real total de una prestación.

- b) El FAP es un sistema que reembolsa según los insumos utilizados (denominados genéricamente "prestaciones") y no según resultados. Es conocido que una apendicectomía, por ejemplo (resultado), puede ser efectuada utilizando distintas cantidades de días-cama y exámenes de laboratorio (insumos), variedad que puede deberse tanto a estilos diferentes de práctica médica, como a distintos grados de eficiencia.

⁶ A este respecto, ya se han referido Tagle *et al.* (1986).

El mecanismo FAP, al reembolsar por insumos, no controla que los resultados se obtengan con un conjunto adecuado de prestaciones en términos médicos.⁷

- c) No existe un mecanismo permanente para definir la complejidad de las prestaciones y, por lo tanto, sus precios relativos, elemento esencial en un sistema de esta naturaleza. Si bien es cierto la determinación de los bienes y servicios de consumo que se incluyen en cada prestación se basa en algunos estudios hechos al respecto, no existen estudios periódicos en muestras importantes de hospitales de distintos tipos, tamaños o especialidades, que intenten evaluar correctamente los insumos involucrados en las prestaciones, además de los cambios en estas composiciones a través del tiempo.
- d) No existe un mecanismo claro, consistente y adecuado de reajustabilidad de la Unidad Arancelaria (véase Anexo N° 1), valor que contribuye en forma fundamental a determinar los precios relativos de las prestaciones. Es importante señalar a este respecto que las indexaciones inadecuadas podrían ir contra la contención de costos. Sin embargo, el no considerar o conocer las variaciones de los costos de los servicios podría producir un alejamiento entre las tarifas reembolsadas y su costo real, generando problemas de financiamiento a las unidades hospitalarias.
- e) Este sistema de reembolso es retrospectivo y no prospectivo. Es un mecanismo *ex post*, es decir, se basa en lo que aconteció y no en una planificación de las actividades por efectuar en una población dada. Los sistemas retrospectivos, como ya se mencionó, no generan incentivos para la contención de costos, puesto que todas las prestaciones otorgadas son reembolsables. Adicionalmente, si las tarifas o "precios" de las prestaciones están fijados correctamente, es decir, no dejan pérdidas, los alicientes harían posible un mayor número de prestaciones, ya que, de esta forma, aumentarían los ingresos netos. En caso contrario, si existen reembolsos de prestaciones que no alcanzan a cubrir los costos en bienes y servicios involucrados en ellas, existiría una tendencia para disminuirlas. Esto podría provocar una selección en la atención de los pacientes hacia aquellos cuyas prestaciones son convenientes para el hospital, postergando, en cambio, a aquellos

⁷Un ejemplo de sistema de reembolso hospitalario sobre la base de resultados lo constituyen los Grupos de Diagnóstico Relacionados (DRG's) implementados en EE. UU. Al respecto, véase Galleguillos (1989).

pacientes que demandan intensivamente servicios cuyas tarifas no cubren costos.

- f) El FAP, al reembolsar por prestación otorgada no definida en términos de calidad, tiene el riesgo de alentar sustituciones de insumos que pueden producir disminuciones en la calidad. Esto podría ocurrir fundamentalmente si las tarifas no cubren los costos en bienes y servicios de consumo, porque así la sustitución de insumos desde los más adecuados a otros de mayor disponibilidad y más bajo costo, generaría un margen mayor, aunque signifique detrimento en la calidad de la prestación considerada.

Sin embargo, la posibilidad de cambiar la mezcla de insumos hacia una menos costosa, al menos en términos del insumo trabajo, está bastante limitada al mantenerse más bien fijo el tamaño de planta del establecimiento.

- g) El sistema de tarificación que involucra la clasificación de las prestaciones en aproximadamente 2.000 tipos diferentes, asociadas a un "precio relativo", en adición a los cinco niveles de complejidad a tomar en cuenta para la determinación del reembolso (Alfa, Beta, Betal, Gama y ciento por ciento), parece excesivamente engorroso.

Esta situación provoca, fundamentalmente, dos efectos negativos, tanto para la autoridad como para los usuarios. En primer término, el gran número de prestaciones y de complejidades hace difícil una revisión permanente de ellas, para que no pierdan su validez. En segundo término, esta alta complejidad inhabilita a los usuarios a detectar señales de la autoridad respecto a prestaciones que se desea incentivar, restringir o mantener.

Estudio en hospitales de la Región Metropolitana

El objetivo de esta sección es analizar los efectos de la introducción del FAP sobre el comportamiento de variables hospitalarias de utilización y de gasto.

Metodología

Para el estudio se seleccionó el área metropolitana como base de análisis. La Región Metropolitana cuenta con 27 hospitales. Se escogieron 23

de ellos, descartándose algunos ya sea por su alto grado de especialización o por problemas con la información. (El listado de hospitales incluidos se encuentra en el Anexo N° 2.)

En cada uno de los hospitales considerados en el estudio se requirió información acerca de los gastos hospitalarios y su composición durante el período 1973-1987.

Además se obtuvo información de variables de utilización hospitalaria, como camas en trabajo, capacidad, ocupación, egresos, días estada y estadía promedio para similar período.

Estos indicadores de utilización y de gasto se analizaron principalmente separados en dos períodos, a saber, antes del FAP -desde 1973 a 1979- y después del FAP -desde 1980 a 1987-. El análisis de la información se realizó considerando la muestra de hospitales en su conjunto, con el fin de tener una visión global de ésta.

Para comprobar si para todos los hospitales las diferencias de las variables analizadas entre períodos (pre y post FAP) eran significativas estadísticamente, se utilizaron tests t, en los casos en que no se podía rechazar la hipótesis de normalidad en los datos. Para el resto de los casos, se utilizaron los tests de signos y el test Wilcoxon de pares ranqueados.⁸

Limitaciones

El estudio se vio enfrentado a ciertas limitaciones de información que hicieron imposible intentar probar modelos estadísticos más complejos.

Adicionalmente, y en particular respecto del gasto, no se logró obtener el total de datos para todos los hospitales, principalmente en los primeros años del estudio. Esto debido básicamente a la carencia de sistemas de información adecuados en el área de salud para el período de análisis, situación que ha mejorado notablemente en el último tiempo. Esta carencia de información a nivel del hospital se intentó superar al nivel del Servicio de Salud respectivo. Sin embargo, en la mayoría de los casos, no se obtuvo una mayor información. Del mismo modo, para el período post FAP, cualquier intento por comprobar directamente la hipótesis, consistente en que cambios en el valor del arancel FAP en alguna prestación o grupo de prestaciones afectarían el número de ellas, se vio imposibilitado debido a los problemas de información aludidos. A este respecto, sólo se logró realizar un estudio parcial.

⁸Una descripción de estos tests se encuentra en Wayne Daniel (1978).

Resultados

Se analizó la información de modo de comparar el período previo a el FAP (1973-1979) con el posterior a su implementación (1980-1987). Los resultados se muestran en el Cuadro N° 1, donde se puede apreciar que se estudiaron para los hospitales indicadores de utilización, de gasto real, e indicadores que combinan ambas variables. Estos resultados se verán a continuación en detalle.

CUADRO N° 1
Estadísticas promedio anuales hospitales Región Metropolitana

	Pre-FAP (1973-1979) (1)	Post-FAP (1980-1987)	Signif. (2)
Utilización hospital promedio			
N° días-cama ocupados	135.138	127.073	NS
índice ocupacional (%)	77,09	77,28	NS
N° de egresos	9.573	10.770	NS
Estadía promedio (días)	35,42	39,96	S
Gasto real hospital promedio (Miles \$ 1987) (3)			
Total	691.427	635.763	NS
Remuneraciones	485.022	410.701	NS
Bienes y servicios de consumo	202.016	199.535	NS
Inversión	4.389	4.387	NS
Gasto remunerac. /gasto			
Total (%)	69,23	66,40	NS
Gasto bs. y serv. /gasto			
Total (%)	29,89	32,94	S
Indicadores (\$ 1987)			
Gasto total/egresos	84.299	78.450	S
Gasto total/día-cama	6.597	6.433	NS
Gasto bs. y ss./egresos	27.755	28.376	NS
Gasto bs. y ss./día-cama	1.931	2.031	NS

(1) Para la variable gasto real, el período pre FAP correspondió a 1977-1979.

(2) NS: variación no significativa al 5%.

S : variación significativa al 5%.

(3) Deflactado por IPC.

a) *Utilización*

Los indicadores de utilización considerados fueron: número de días-cama ocupados, índice ocupacional (%), número de egresos y estadía promedio (días). Al analizar estos indicadores comparativamente entre los períodos pre y post FAP, aparecen sin cambios significativos, con excepción de la estadía promedio, que aumentó de 35,42 días en el período pre-FAP, a 39,96 días en el período post FAP.⁹

b) *Gasto real*

Se analizaron indicadores de gasto real hospitalario pre y post FAP, con el fin de detectar en qué medida éste habría presentado variaciones significativas entre ambos períodos.

En rigor, sabemos que el FAP, más que un sistema que afecta la determinación del presupuesto asignado para el sector salud, es un sistema de distribución de los recursos del presupuesto de bienes y servicios de consumo de dicho sector. El monto total de recursos del sector está fijado por la Ley de Presupuesto, y el FAP no tiene capacidad de afectarlo, aunque sí podría alterar su distribución.¹⁰

En el Cuadro N° 1 se observa que para la muestra de hospitales, el gasto real total, así como los componentes de este gasto, es decir, remuneraciones, bienes y servicios de consumo e inversión experimentaron una pequeña disminución entre el período pre y post FAP, aunque esta variación no fue significativa. Lo mismo sucedió con la proporción del componente de remuneraciones dentro del gasto total. La única variación significativa, aunque también pequeña, la experimentó la proporción del gasto en bienes y servicios de consumo sobre el gasto total, que aumentó en el período post FAP. Esto debido, fundamentalmente, a que el gasto total promedio por hospital bajó más que la disminución en el gasto en bienes y servicios de consumo.

⁹Los datos del cuadro están referidos a un "hospital promedio", lo que corresponde al promedio de la muestra. Los tests estadísticos aplicados corresponden a diferencias de medias, y utilizan los datos de los 23 hospitales.

¹⁰Por ejemplo, si el FAP incentivara a realizar más prestaciones médicas, esta demanda por mayor presupuesto podría traducirse en un aumento del presupuesto de bienes y servicios de consumo, a costa -dado que el monto total está fijo- de un menor presupuesto para remuneraciones o inversión.

Este resultado podría señalar la capacidad que tienen los gastos en bienes y servicios de consumo para contener una disminución en su presupuesto, principalmente debido a la característica de sistema retrospectivo que tiene este tipo de reembolso por prestación.

c) Indicadores gasto-utilización

Se calcularon algunos indicadores que tenían por finalidad analizar la evolución del uso de insumos por producto para ambos períodos. Es decir, considerando el producto de los hospitales como egresos y día-cama, la intención era revisar si los recursos por unidad de producto se han usado con distinta intensidad entre ambos períodos. Los resultados muestran que los indicadores promedio de gasto total por egreso y gasto total por día-cama disminuyeron en el período post FAP, aunque sólo el primero de ellos en forma significativa. Los indicadores gasto en bienes y servicios de consumo por egreso y día-cama aumentaron, aunque no significativamente.

La notable disminución en el indicador gasto total por egreso podría señalar que ha habido una mejora en la eficiencia en los hospitales, ya que han podido lograrse menores gastos por cada "producto" o servicio que han realizado dichos hospitales. Sin embargo, la ausencia de mediciones de calidad de dicho producto impiden comprobar si éste es homogéneo en los dos períodos considerados, por lo que no se puede asegurar tal conclusión.

d) Precios y utilización

Un objetivo adicional del estudio era comprobar para el período post FAP la hipótesis de que cambios en los precios de reembolso de las prestaciones provocarían cambios de comportamiento de los agentes económicos, en términos de la utilización o realización de ciertas prestaciones. La intención del análisis era determinar la importancia de las señales que podría emitir el sistema de tarificación o fijación de precios de prestaciones del FAP, en relación a la contención de costos. Lamentablemente, como se mencionó en la sección de Limitaciones, no fue posible obtener al nivel de los hospitales, en forma consistente para el período de estudio, el número y tipo de prestaciones realizadas al implementarse el mecanismo FAP.

Sin embargo, con el fin de comprobar esta hipótesis, aunque en forma preliminar, se estudiaron, para dos tipos de prestaciones más comunes, las correlaciones anuales entre utilización y reembolso (precio FAP). Las prestaciones analizadas corresponden a días-cama ocupados y consultas médicas.

El análisis consideró la correlación del número de prestaciones realizadas en los hospitales de la Región Metropolitana, en relación a los precios reales de ellas, para los años 1980 hasta 1987. Los resultados, que se analizan a continuación, se muestran en el Cuadro N° 2.

Respecto del día-cama, la variación en términos reales del precio de esta prestación para el período 80-87 fue de un 79,64% de aumento. De este

CUADRO N° 2

Días-cama ocupados y consultas médicas: precios *versus* utilización

Días-cama ocupados			
Año	Precio promedio anual (1) (\$ 1987)	Total N° días-cama ocupados (2)	
1980	120,24	3.170.050	Correlación
1981	106,74	3.028.404	-0,2704
1982	274,13	3.021.601	(n = 8)
1983	215,41	3.003.746	No existe
1984	194,99	2.930.806	correlación
1985	164,72	2.857.289	
1986	172,63	2.726.670	
1987	216,00	2.642.916	
% variación 80/87	79,64	-16,63	
Consultas médicas			
Año	Precio promedio anual (1) (\$ 1987)	N° consultas médicas (3)	
1980	85,50	3.761.513	Correlación
1981	81,63	3.846.035	-0,1042
1982	154,20	4.374.313	(n = 8)
1983	122,67	4.819.244	No existe
1984	102,98	5.086.742	correlación
1985	72,81	5.415.960	
1986	60,84	4.986.512	
1987	51,00	4.556.559	
% variación 80/87	-40,35	21,14	

(1) Fuente: Fonasa.

(2) Fuente: Estadísticas recopiladas en 23 hospitales de la Región Metropolitana.

(3) Fuente: "Anuario de atenciones y recursos", INE/MINSAL.

modo, este precio habría experimentado un alza durante el período, la que considerada en forma aislada, sin tomar en cuenta los otros recursos que colaboran a la hospitalización, podría constituir un aliciente para aumentar la ocupación de camas. Sin embargo, la correlación del precio respecto de los días-cama ocupados fue negativa, aunque no resultó significativa.

La otra prestación que fue analizada correspondió a la consulta médica. El precio real de la consulta médica en este período de ocho años sufrió una baja de 40,35%, fluctuando durante el período.¹¹ La correlación entre las consultas realizadas por médico y el precio de ellos fue negativa, aunque no resultó significativa.

Estos resultados, tomando en cuenta que ellos son parciales y cubren una pequeña área de análisis, pueden interpretarse de la siguiente forma:

- existe una baja sensibilidad de la utilización hospitalaria respecto del precio de las prestaciones, en rigor, del precio del FAP. Esto podría deberse a que es fundamentalmente la administración del hospital la que conoce de reembolsos por prestación, ya que al personal médico y paramédico del hospital, el que determina las prestaciones a realizarse, no se le compensa o estimula en forma alguna en función de resultados o prestaciones realizadas. Por lo tanto, otras variables, tales como medidas de política, incidencia de enfermedades, etcétera, serían mucho más relevantes para explicar el aumento o disminución en el número realizado de determinadas prestaciones, jugando, así, el precio de la prestación un papel muy insignificante en su determinación;
- a pesar de los aumentos de precios, existe pérdida en el otorgamiento de la prestación, es decir, los costos de otorgarla son mayores que los ingresos percibidos a través del reembolso. Así, la administración del hospital no intentaría alentar tal servicio, sino que, por el contrario, desincentivarlo;
- existen factores limitantes al proceso de comportamiento de los proveedores, como por ejemplo que no hay capacidad disponible para extender las estadías de los pacientes, porque se está actuando a una capacidad máxima, o por escasez de otros insumos requeridos para ofrecer tal prestación;
- por último, podría darse una combinación de las alternativas mencionadas.

¹¹Cabe señalar que el reembolso por las consultas médicas en el período se fijó en pesos y no en unidades arancelarias.

Conclusiones del estudio de hospitales de la Región Metropolitana

En síntesis, si bien el análisis de cifras resulta parcial por los problemas de disponibilidad de información, se observa un efecto limitado del FAP sobre las variables consideradas, es decir, gasto real, utilización hospitalaria e intensidad de uso de recursos.

En nuestra opinión, el efecto limitado del sistema de reembolso FAP a nivel hospitalario puede obedecer a un conjunto de causas, entre las que se incluye, de manera importante, el que los precios de reembolsos no dan señales a los agentes económicos directamente involucrados en las prestaciones.

Como segunda conclusión del estudio, se detecta una capacidad en los gastos de bienes y servicios de consumo para contener una disminución en su presupuesto, debido principalmente a que el sistema de reembolso es de tipo retrospectivo.

Reconociendo el problema de recursos del sector creemos, sin embargo, que podrían realizarse algunas modificaciones al mecanismo FAP para que cumpla en mejor forma objetivos tales como orientar a los agentes económicos, controlar costos y fomentar una mejora del nivel de salud de la población atendida. Ello, fundamentalmente, por la vía de generar incentivos correctos en los agentes involucrados. Veremos a continuación las proposiciones que consideramos necesarias para un mejoramiento del mecanismo FAP.

Conclusiones y proposiciones

En este estudio se ha efectuado un análisis del sistema FAP, tanto en términos conceptuales como en relación a información recolectada en estadísticas hospitalarias de la Región Metropolitana. De este análisis conjunto se puede concluir que si bien el FAP constituye un avance al experimentarse con un nuevo método de asignación de recursos, a estas alturas de su implementación (9 años) pareciera haberse acumulado suficiente evidencia a favor de sugerir algunas modificaciones al sistema, buscando un mejoramiento del mismo.

La intención original del FAP, ligar el financiamiento de los Servicios de Salud a las prestaciones efectivamente efectuadas, parecía una idea apropiada que pretendía superar la falta de incentivos de que adolecía el sistema anterior de presupuesto fijo. En efecto, nuevos sistemas de asignación presupuestaria al sector salud aplicados en otros países, apuntan en ese mismo

sentido (por ejemplo, DRG's en Estados Unidos y Europa).¹² Sin embargo, el hecho de que el sistema reembolse solamente el componente de gasto correspondiente a bienes y servicios de consumo impone una limitación al objetivo de relacionar financiamiento hospitalario y servicios otorgados. Sería deseable considerar un FAP de tipo integral que permitiese a los Servicios de Salud maximizar la combinación de insumos a utilizar, dándole al administrador del hospital una mayor posibilidad de gestión real en su unidad.

La determinación de un FAP integral implicaría realizar un estudio en una muestra de hospitales, respecto de insumos que se utilizan y sus costos actuales. Esta información, en conjunto con la opinión de médicos expertos, podría servir de base para inferir el uso adecuado de insumos por tipos de prestaciones, con el fin de operativizar el concepto de calidad en la atención médica. La información acerca de los costos actuales, una evaluación de la posible asignación de costos indirectos, en conjunto con la determinación de insumos adecuados para las prestaciones, permitirían determinar los verdaderos costos asociados a los servicios, logrando así una mejor fijación de las tarifas para cada período. Se requeriría, además, una revisión de los costos para la actualización periódica de los reembolsos, con el fin de evitar un distanciamiento de éstos con los costos.

Con el fin de simplificar el sistema de reembolso sería importante reducir también el número de prestaciones consideradas. Esto permitiría una actualización periódica más simple de los valores de las prestaciones, lo que transformaría a el FAP en un sistema a través del cual efectivamente se puedan emitir señales claras para la adecuada gestión de los directivos de los Servicios de Salud y, particularmente, directores de hospital. Esta gestión necesariamente debe incorporar objetivos de contención de costos que permitan hacer rendir los siempre escasos recursos del Estado.

El concepto de FAP integral debe ir aparejado con un sistema de alicientes adecuado, no sólo para el director del hospital, sino también para todo su personal, de tal forma que el conjunto de recursos humanos que trabaja en la unidad hospitalaria pueda motivarse por cumplir los objetivos principales de ésta, cuales son atender en forma adecuada y del modo más

¹²Un sistema como los DRG's presenta una modificación fundamental respecto del FAP, cual es el reembolso sobre la base de resultados y no de insumos. Si bien esto parece positivo de implementar creemos necesaria, debido a lo reciente de su aplicación -en muchos casos a nivel experimental-, la obtención de conclusiones más definitivas antes de proponer un estudio de su posible aplicación en los hospitales públicos en Chile.

eficiente posible a la población asignada. Este sistema debe intentar unir los objetivos de cada una de las personas con los de la institución, lo que determina un aumento de la motivación de las personas por el cumplimiento de los objetivos acordados. En este mismo sentido, aunque en términos globales, apuntan los denominados indicadores de eficiencia administrativa y de salud ahora en uso.

Un aspecto del FAP que creemos importante modificar, en un plazo mayor, porque afecta la concepción básica del sistema, concierne a su transformación en un mecanismo de financiamiento de tipo prospectivo. Creemos que un sistema de esta naturaleza contribuiría a una mejor planificación tanto de las actividades a realizar como de los recursos a utilizar en el área de la atención médica de los hospitales públicos, porque equivaldría a realizar buenos y oportunos diagnósticos de las poblaciones asignadas, a detectar las áreas problemas y sus posibles soluciones, a estimular mecanismos de prevención, lográndose con ello mejoras en la atención de salud de los chilenos.

Creemos indispensable realizar, en un plazo breve, modificaciones como las mencionadas, para así poder hacer del FAP un mecanismo de mayor proyección y mejor desempeño respecto de los objetivos, por todos señalados como deseables, en el área pública de atención de salud.

ANEXO N° 1

Sistema de Facturación por Atención Prestada (FAP)

El Sistema de Facturación por Atención Prestada (FAP) es el medio a través del cual se transfiere una parte de los recursos del Estado, desde el Fondo Nacional de Salud (FONASA) hacia los hospitales públicos. Comprende aquellos recursos destinados a cubrir los gastos hospitalarios por concepto de bienes y servicios de consumo.

El sistema se inició como un intento de introducir eficiencia en el sector público de salud, reemplazando el antiguo sistema de financiamiento según presupuestos históricos por uno que liga el financiamiento con su volumen de producción. En el sistema FAP, cada prestación realizada por el hospital debidamente clasificada es "facturada" a fin de mes por el Servicio de Salud respectivo al nivel central, el que habiendo establecido un arancel por prestación reembolsa al servicio el monto correspondiente a dicho mes.

Desde su creación, el sistema FAP ha experimentado sucesivas modificaciones en la búsqueda de una herramienta cada vez más perfeccionada.¹³ A la fecha, el sistema se basa en la Unidad Arancelaria (UA), creada en 1983 para el Sistema de Libre Elección de la Ley N° 1.678.

El mecanismo de operación consiste en que a cada prestación considerada se le asignan un código y un valor en términos de Unidades Arancelarias. Este número de UA, multiplicado por el valor en pesos de la UA de ese momento, da el monto base sobre el cual se calcula el reembolso efectuado al hospital. De este monto base se determina un porcentaje, que corresponderá al reembolso efectivo al hospital. Este porcentaje constituye una aproximación de la proporción del gasto en bienes y servicios de consumo respecto del gasto total para cada prestación. Varía entre un 9 y un 25%, según la complejidad de la prestación considerada. Para estos efectos, los préstamos son clasificados según distintos niveles de complejidad, en agrupaciones denominándolas prestaciones Alfa, Beta y Gama. Además, un reducido número de prestaciones pertenecientes a programas específicos son reembolsadas en un ciento por ciento. Finalmente, el monto total reembolsado al servicio según este sistema es complementado por recursos que constituyen los incentivos técnico-administrativos destinados a premiar aquellos servicios que han tenido un buen desempeño en relación a indicadores de calidad de la salud y de administración.

¹³Para un detallado recuento de la evolución de este Sistema, véase S. Galleguillos y M. I. Sierralta, "Informe del Proyecto Evaluación del Sistema FAP en la Región Metropolitana", presentado a FONDECYT, 1989.

ANEXO N° 2
Muestra de hospitales Región Metropolitana

- 01 Psiquiátrico
- 02 Roberto del Río
- 03 San José
- 04 De Curacaví
- 05 De Peñaflor
- 06 De Talagante
- 07 Dr. Félix Bulnes Cerda
- 08 Instituto Traumatológico
- 09 San José de Melipilla
- 10 San Juan de Dios
- 11 Del Salvador
- 12 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica Dr. Enrique Laval M.
- 13 Instituto de Neurocirugía
- 14 Luis Calvo Mackenna
- 15 Pedro Aguirre Cerda
- 16 Barros Luco-Trudeau
- 17 El Peral
- 18 Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova
- 19 Dr. Exequiel González Cortés
- 20 Sanatorio El Pino
- 21 San Luis de Buin
- 22 Dr. Sotero del Río
- 23 San José de Maipo

Se excluyeron del universo de hospitales de la Región Metropolitana los siguientes:

1. El Hospital Paula Jaraquemada (Servicio de Salud Metropolitano Central): debido a su administración por parte de una Corporación privada, que lo hace no comparable al resto de los hospitales públicos.
2. La Asistencia Pública (Servicio de Salud Metropolitano Central): debido a sus características peculiares de establecimiento especializado.
3. El Centro Geriátrico (Servicio de Salud Metropolitano Oriente): por razones similares al número anterior.
4. El Instituto de Oncología Caupolicán Pardo Correa (Servicio de Salud Norte en la actualidad): por razones similares al número 2.

Bibliografía

- Daniel, Wayne. *Applied Non Parametric Statistics*. Boston: Houghton Mifflin Company, 1978.
- Davis, Carolyn y Rhodes, Deborah. "The Impact of DRG's on the Cost and Quality of Health Care in the United States". *Health Policy* Vol. 9, N° 2, abril 1988.
- Galleguillos, Sylvia. "DRG's: Una alternativa para la contención de costos en salud". *Revista Administración en Salud* N° 6, 1989.
- Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Estadísticas. "Anuario de atenciones y recursos del sector salud 1973-1987".
- Ministerio de Salud. "Indicadores financieros del sector público 1974-1988", mayo 1989.
- Sorkin, Alan. *Health Economics: An Introduction*. Lexington Books, 1984.
- Tagle, G., Giaconi, J., Illanes, J. P. y Kovacevic, A. "Asignación y administración de fondos de salud". *Boletín Económico*, julio-septiembre 1986. □