

# Puntos de Referencia

Edición online  
N° 418, octubre 2015

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

PRESENTACIÓN EMILIO SANTELICES

### Resumen

Los mecanismos de pago a proveedores en salud son relevantes porque afectan la eficiencia y la calidad de los resultados sanitarios. Asumiendo que la implementación del sistema de pago a hospitales llamado Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD) por parte del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) ya es una realidad, en este documento se plantean los desafíos pendientes que enfrenta el financiamiento de las prestaciones de salud, en consideración al cambio de mecanismo de pago a nivel hospitalario y a los cambios que deben incorporarse en el nivel primario: (i) asignación de recursos de la atención primaria de salud; (ii) mecanismos de pago e incentivos en el financiamiento de hospitales y; (iii) funcionamiento de las redes de salud, avanzando hacia “sistemas integrados”.

El envejecimiento de la población y los cambios en el perfil epidemiológico implican una mayor proporción de personas con enfermedades crónicas, lo que se traduce en un constante incremento del gasto en salud, dado que si bien poco menos de 10% de la población tiene una enfermedad crónica hoy, dichos pacientes gastan el 80% del presupuesto. Así, el foco del cuidado de salud en el futuro debe estar en dichos individuos.

El método de pago actual en la atención primaria de salud no incentiva ni la prevención ni el cuidado de los pacientes crónicos, sino que, por el contrario, estimula su derivación a especialistas y hospitales. Por ello se propone que el mecanismo de transferencia de recursos considere también variables asociadas al estado de salud de las personas (como el *Adjusted Clinical Group* o ACG) y objetivos que alcanzar, para que los centros de atención primaria tengan los recursos suficientes para hacerse cargo de su población y, a su vez, estén motivados para mejorar su desempeño, priorizando la prevención y cuidado de los pacientes, y así evitando que se agraven y tengan que ser derivados a niveles de atención más complejos.

Respecto del financiamiento a los hospitales, los métodos actuales no incentivan el buen desempeño, tanto a nivel del hospital (aunque hay importantes avances debidos a introducción de los GRD), como a nivel de los doctores, quienes reciben salarios fijos. La evidencia (nacional e internacional) muestra que los pagos por rendimiento permiten mejorar la calidad y productividad de los diferentes niveles de atención, por lo que se propone avanzar en esa línea.

Finalmente, las redes asistenciales hoy no funcionan de manera integrada, tanto porque no se administran técnicamente, como porque los métodos de pago de los diferentes niveles de atención no conversan, impidiendo soluciones para los pacientes con una lógica sanitaria integral. Se propone explorar el uso de un financiamiento integrado, al menos para ciertas condiciones de salud. Las bases ya están —ACG en atención primaria y GRD en los hospitales—, por lo que está pendiente hacer un buen uso de ellos, por una parte, estableciendo la trazabilidad de la población y, por otra, incorporando incentivos para que el modelo de atención de salud deje de enfatizar lo curativo, avanzando a uno que priorice la vida saludable y el autocuidado, el fortalecimiento de la salud pública y la atención primaria, dejando para el final el tratamiento de los agudos. Ello requiere redistribuir el uso de los recursos y sobre todo, cambiar la visión de estado e institucionalidad a cargo de la provisión de los servicios de salud.

**Emilio Santelices.** Académico de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y Subdirector de Planificación y Desarrollo de Clínica Las Condes.

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

## I. Introducción

El financiamiento de la salud involucra tres áreas: cómo se capturan los recursos, cómo se distribuye el *pool* de riesgo, y el mecanismo de pago. De este último trata este trabajo, dado que se relaciona estrechamente con la eficiencia y la calidad.

La implementación del sistema de pago a hospitales llamado Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD) por parte del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) cae dentro de este ámbito. Además de ser un avance, es un ejemplo de cómo debieran desarrollarse las políticas públicas en un país. Esta idea partió hace 10 años con el desarrollo de algunos proyectos piloto por parte de dos académicos, Gabriel Bastías y Lorena Camus. Posteriormente, en el gobierno del Presidente Piñera, me correspondió liderar el diseño e implementar el uso de GRD a lo largo del país. Se crearon unidades especializadas en los principales hospitales de cada región y se capacitó a más de 800 profesionales para hacerse cargo de dichas unidades. Este trabajo tuvo continuidad en el gobierno actual, y fui invitado, bajo el liderazgo de la directora del Fonasa Jeanette Vega, a colaborar en la implementación de los GRD como mecanismo de pago tanto para el sistema público como privado. Esta mirada de largo plazo, que permite que las buenas iniciativas trasciendan a los gobiernos de turno, es un testimonio virtuoso de la manera en que debemos continuar avanzando en el sector salud.

Asumiendo que la implementación del método de pago a hospitales mediante GRD ya es una realidad, en este documento se plantean los desafíos pendientes que enfrenta el financiamiento de las prestaciones de salud. Para ello se desarrollan tres ideas: (i) **la salud hospitalaria se mejora desde la atención**

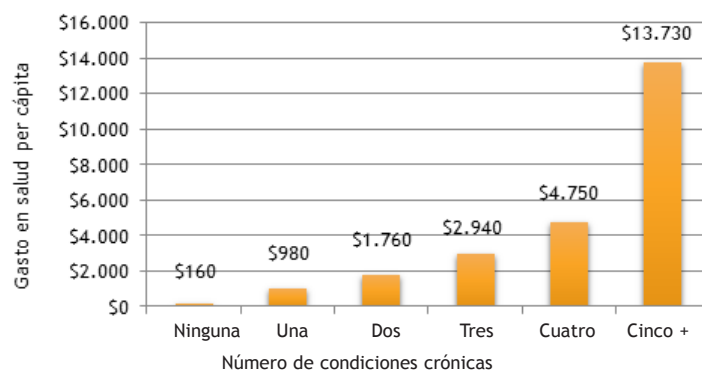
primaria de salud (APS); (ii) el financiamiento de hospitales requiere revisar los mecanismos de pago e incentivos, y (iii) las redes de atención no funcionan, por lo que se debe avanzar hacia “sistemas integrados”.

## II. El contexto en el que se desarrolla el sistema de salud

El actual sistema de salud en Chile se desarrolla en una población que está envejeciendo rápidamente y que padece en mayor medida de enfermedades crónicas no transmisibles, las que le significan una alta carga financiera al sistema. Esto último es similar a lo que ocurre en otros países, como se visualiza en la Figura 1 que muestra los datos para Estados Unidos. En ella se aprecia que el costo de atender a una persona va creciendo de manera exponencial en la medida que dicho individuo va presentando patologías crónicas.

En el caso de Chile, al tomar los datos de los egresos hospitalarios, tiempos de estadía y el costo de cada episodio, se concluye que por el solo hecho de tener ya sea hipertensión o diabetes, el costo de la hospitalización se duplica (Cuadro 1). Asimismo, según los resultados de un informe realizado en el

FIGURA 1: Costo de la atención según cantidad de patologías crónicas, en dólares del año 1999



Fuente: Medicare Standard Analytic File, 1999 (Partnership for Solutions).

CUADRO 1: Costo promedio de la atención según tipo de enfermedad

	Total	Diabetes	Hipertensión	Diabetes e Hipertensión
<b>Case Mix</b>	0,999	1,51	1,526	1,602
<b>Cuenta Promedio</b>	100	193	208	215

Fuente: Elaboración propia con datos de pacientes Hospital privado para el año 2014.

Nota: El *case mix* es un índice que refleja la complejidad y severidad del caso. La cuenta promedio es un índice que refleja las diferencias en las cuentas en pesos de 2014, cuya base es 100 para el caso de un *case mix* de 0,999.

Ministerio de Salud (Minsal) el año 2011 sobre GRD<sup>1</sup>, se concluye que 30% de los enfermos que se hospitaliza en Chile tiene condiciones crónicas asociadas, quienes, además, presentan estadías promedio 30% más prolongadas.

Si bien actualmente menos del 10 por ciento de la población tiene una enfermedad crónica, dichos pacientes gastan el 80 por ciento del presupuesto. Esta cifra se irá incrementando en la medida que la población envejezca, por lo tanto, se debe poner el foco en este grupo de la población.

### III. Cambios al financiamiento de la atención primaria de salud (APS)

En la atención primaria de salud chilena también se realizó el ejercicio de calcular el costo de atender a pacientes que presentan alguna condición crónica. Existe una metodología que se llama “grupos clínicos ajustados” (*Adjusted Clinical Group* o ACG), desarrollado por la Universidad de Johns Hopkins, que se utilizó para realizar un análisis preliminar en 600 mil personas. Los resultados permitieron concluir que dicha metodología era aplicable a la situación chilena (Santelices et al. 2012a y 2014). Asimismo, se calculó que el peso de un ACG es de alrededor

de 54 mil pesos. Es decir, 1 ACG representa el costo de atención por persona anual para la atención primaria. Cualquier múltiplo, por ejemplo, 2,5 ACG significa que la persona con ese peso relativo consume 2,5 veces el valor de \$54 mil en APS durante un año.

Posteriormente, se realizó un estudio en un universo superior<sup>2</sup>, el que analizó la población que padecía de diabetes mellitus, hipertensión e insuficiencia cardíaca. Tomando

como ejemplo el caso de la diabetes y al dividir el gasto de las comunas en terciles (tres grupos), se pudo constatar que algunas comunas pueden llegar a gastar hasta casi seis veces más en una persona con diabetes en relación con una persona promedio que no padece dicha patología. En efecto, el per cápita de la salud primaria tiene correcciones nada más que por edad y ruralidad —y también por condiciones difíciles, pagos que se asocian a los salarios de los funcionarios que se desempeñan en cada comuna, sin embargo, no está ligado a la carga de enfermedad.

De lo anterior se desprenden dos observaciones: la primera es que las poblaciones son diferentes entre cada comuna, y la segunda es que existen diferencias en el desempeño de las comunas. Es decir, podemos interpretar que las disparidades en la distribución de enfermos crónicos entre diferentes centros de atención de una misma comuna pueden obedecer a que efectivamente poseen poblaciones diferentes, pero también, y con mayor probabilidad, a que cada una de ellas tiene programas de cuidado

<sup>1</sup> Santelices, Emilio. 2011. “Reporte Resultados GRD Hospitales públicos”. Gabinete Ministerio de Salud.

<sup>2</sup> Santelices, E., F. Muñoz, P. Muñoz & J. Rojas. “Ajuste del riesgo de presentar enfermedades crónicas de la población asignada a la Atención Primaria de salud, utilizando “Adjusted Clinical Groups” (ACG): Implicancias para ajuste capitado”. Ministerio de Salud, Chile. Trabajo presentado para publicación a la Revista Médica de Chile. En revisión.

y control de enfermos crónicos con diferente nivel de desempeño. Ello tiene implicancias para el método de financiamiento puesto que se debe lograr distinguir si el mayor gasto se debe en su totalidad al mayor costo que genera el tratamiento de dichos pacientes o si se está “premiando” en algún grado la ineficiencia. El poder aclarar las diferencias de resultados entre centros con poblaciones aparentemente similares, hará posible asignar de mejor manera los recursos, teniendo en consideración factores propios de la población, o derivados de mejores prácticas de atención de cada centro.

#### IV. Método e incentivos del financiamiento de los hospitales

En un trabajo realizado con datos del año 2011 (Santelices et al. 2013a) se analiza la eficiencia técnica hospitalaria mediante la definición de una frontera de máxima eficiencia. En dicha frontera se encuentran los hospitales que usan de mejor manera sus recursos (principalmente recursos humanos) y que, por tanto, generan los mejores resultados (egresos hospitalarios) en relación con el resto del grupo. Si bien dicha frontera no necesariamente coincide con la frontera teórica de optimización de los recursos (que podría ser mayor), se calculan las diferencias entre ésta y los hospitales que no

están en ella, para medir sus niveles de eficiencia. Se concluye que sólo 21 por ciento a 32 por ciento (dependiendo del método) del total de centros es eficiente y que los demás podrían mejorar en un 20% a 23,3% su eficiencia (Cuadro 2). Es decir, con los mismos recursos se podría generar, a lo menos, entre un 20% y 23,3% más de egresos hospitalarios.

De este análisis también se puede identificar cuáles son las variables que explican estas diferencias (Santelices et al. 2013b), encontrándose que la productividad de las enfermeras es una de ellas (su impacto es de 0,06 puntos porcentuales). Los resultados preliminares de un trabajo en desarrollo del autor indican que la variable más determinante de la eficiencia hospitalaria es la productividad médica. Por lo tanto, si se tiene que poner el acento en cómo mejorar el uso de los recursos en los hospitales, se debe apuntar al equipo médico (Santelices et al. 2012b y 2013b).

Dado lo anterior, el método de pago a los médicos cobra relevancia, puesto que impacta su desempeño. Un ejemplo de ello es lo que ocurre cuando ellos son llamados a cubrir listas de espera, lo que implica trabajar días extra (sábados) pero por un valor específico por cada cirugía realizada o pago por acto (en lugar de recibir un salario fijo como ocurre en su horario regular de trabajo). Los propios médicos reconocen que son capaces de operar

cuatro a cinco enfermos de colecistectomía el día sábado, entre las 9 y 13 horas, en comparación con los dos que operan durante la semana (con los mismos equipos), así como también cinco a seis pacientes de cadera el día sábado a diferencia de los seis que operan durante toda la semana.

Otro ejemplo del impacto que tienen los métodos de pago es lo que ocurre con las sociedades médicas.

**CUADRO 2:** Resultados eficiencia técnica, con rendimientos constantes y variables (metodología DEA)

	Eficiencia R. Constantes	Eficiencia R. Variables
Promedio	0,767	0,798
Mediana	0,728	0,762
Mínimo	0,463	0,478
Máximo	1,000	1,000
Desviación estándar	0,169	0,175
Coef. de variación	22%	22%
Hosp. en la Frontera	21%	32%

Fuente: Santelices et al. 2013a.

Tales sociedades son conformadas por los mismos médicos de los hospitales y son contratadas por estos últimos para ciertas prestaciones. Dado que los métodos de pago son diferentes —salarios en el caso del horario en que el médico trabaja como funcionario del hospital y pago asociado a resultados en el caso de que el mismo médico sea contratado mediante la sociedad por el mismo hospital—, los niveles de productividad son diferentes. La falta de regulación a estas prácticas genera incentivos que pueden distorsionar la productividad al interior del propio establecimiento. El pagar a los médicos mediante solamente un salario fijo sin relación con la productividad o desempeño, al igual que el pago mediante un presupuesto en el caso de los hospitales, no logra incentivar una adecuada ejecución. Se propone, por tanto, avanzar en mecanismos como el pago por rendimiento y por desempeño.

¿Qué es lo que dice la literatura y la experiencia de los países? Se usan dos líneas de indicadores para asociar los mecanismos de pago al rendimiento: la productividad y calidad<sup>3</sup>. Los resultados en cuanto a productividad y calidad son disímiles, existiendo hospitales y centros de atención primaria que muestran resultados que avanzan más bien en el lado de la calidad, sin disminuir los costos y otros que ponen más énfasis en obtener menores costos, manteniendo la calidad. Un ejemplo es lo que ocurrió en la atención primaria en Francia, donde se implementó un modelo que implicaba la definición de indicadores muy claros: cobertura de las mujeres en Papanicolaou y en mamografía, cobertura de los hombres en antígeno prostático, uso de genéricos y uso de guías clínicas. Estos indicadores se utilizaron para asociar un salario variable, como un porcentaje del salario total, en función de los

resultados obtenidos con estos indicadores. Esta experiencia, presentada en el Comité de salud de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), da cuenta que la implementación de políticas de incentivos bien diseñados permite alinear el quehacer profesional con metas sanitarias de promoción de salud (cobertura de exámenes preventivos), como también mejorar el uso de los recursos (guías clínicas y genéricos). Al igual que ésta, existe un sinnúmero de experiencias de otros países que utilizan el *pay for performance* (pago por desempeño) para incentivar la calidad y productividad de la atención en salud.

Otro sistema es el *bundled payment* (pago amarrado o empaquetado) que también va en la lógica de la atención continua, donde el financiamiento se realiza mediante un monto total para la atención de un determinado grupo de personas (o condiciones de salud) que busca una agregación de los diferentes niveles de atención (desde ambulatoria hasta la prescripción médica y el cuidado domiciliario). Con ello se valoriza la atención en salud no como un grupo de prestaciones disociadas y diferentes, sino como una solución total a un problema, enfermedad o condición de salud. Este modelo se puede explorar, en particular, para aquellas condiciones en que se va a requerir un cuidado continuo y con énfasis en el cuidado domiciliario.

## V. Sistema de atención en “redes” y modelo de financiamiento

El diagnóstico respecto de las redes asistenciales es que no funcionan porque tienen una falla “geológica”. Si bien existe una red, leyes y un subsecretario de Estado; por una parte, este último es un cargo político, lo cual es cuestionable puesto que el puesto es netamente técnico (provisión de servicios de salud). Parece más apropiado contar con un Servicio Nacional de Salud, con un director de Alta Dirección Pública, que esté por años dirigiendo, organizando

<sup>3</sup> En general, los objetivos en el caso de la atención primaria son la prevención, los enfermos crónicos, la eficiencia y satisfacción de los pacientes; y en el caso de los hospitales, los resultados clínicos, el uso apropiado de los recursos, la satisfacción y experiencia de los pacientes.

e implementando la provisión de servicios de salud, con las directrices que fije la autoridad política (Ministro de Salud). ¿Por qué no tener un Banco Central de los servicios de salud?

Por otra parte, tenemos métodos de pago diferentes en cada nivel de atención: un pago capitado en la atención primaria que no tiene ninguna relación con el pago por acto, pago por presupuesto y ahora por GRD, de los demás niveles. Dadas las diferentes lógicas de cada uno, dichos sistemas no conversan. Es por ello que todos los esfuerzos (reuniones, seminarios, coordinación de la red, etc.) no rinden fruto. En la atención primaria, los médicos buscan derivar a los pacientes a los hospitales y a los especialistas y, por su parte, en los hospitales no se aprecia el trabajo realizado en el nivel anterior, puesto que no hay relación ni incentivo a que ello ocurra.

En la práctica, la presencia de presupuestos dicotómicos, uno para atención primaria, otro para atención hospitalaria, no genera incentivos para que los tomadores de decisiones de cada nivel busquen a través de una lógica sanitaria integrada encontrar las soluciones que los pacientes requieren. Muy por el contrario, prevalece una lógica asistencialista, que da cuenta del problema puntual. Cuando este no se resuelve, surge como alternativa la interconsulta a un especialista, cuyo acceso es limitado y que tampoco trabaja en un sistema articulado con la atención primaria.

La propuesta es avanzar hacia un sistema integrado de financiamiento. Se han realizado algunos programas piloto en Chile para integrar la financiación y de esta manera estimular y facilitar la provisión de servicios bajo una lógica común de cuidado de poblaciones. Todavía la experiencia es preliminar, sin embargo, es necesario continuar investigando a objeto de poder demostrar que, a diferencia del modelo de financiamiento dicotómico que hoy existe, al contar con una financiación poblacional, los proveedores de atención de los diferentes niveles

necesariamente deberán definir estrategias compartidas de atención.

La experiencia desarrollada en la atención primaria con el uso de ACG para identificar el perfil de enfermedad de la población, complementada con el trabajo realizado a nivel hospitalario, con el uso de ajuste de riesgo mediante GRD, entregan una enorme oportunidad para establecer una trazabilidad de la población de riesgo, conocer su perfil de enfermedad, sus patrones de consumo en salud y finalmente poder ofrecerles programas de cuidado integral, continuo, preventivo y curativo, de manera más racional y costo efectiva.

Podemos decir que en nuestro país hemos instalado las bases para poder avanzar en una propuesta de cuidado de la salud, con un enfoque poblacional y diseños de atención con lógica sanitaria.

Existen experiencias de sistemas integrados en distintos países del mundo (Cuadro 3), ya sea de naturaleza pública, privada o una mezcla de ambas (lo que refleja que la propiedad o quien administre la provisión no es relevante, sino el marco institucional y la regulación). Kaiser Permanente, en Estados Unidos, es el mayor proveedor sanitario privado, que tiene 8,9 millones de beneficiarios. En la ciudad de Torbey, Reino Unido, existe una experiencia en donde el prestador es público, que atiende a 289 mil beneficiarios. El modelo Alzira, en España, es de concesión total, donde hay prestadores públicos y privados y tiene cerca de 300 mil beneficiarios. Asimismo, se está desarrollando BUPA, un modelo que llega a diferentes países y que ya tiene 28,7 millones de beneficiarios y las *Accountable Care Organizations* (ACO) en Estados Unidos que atienden a 4 millones de pacientes de Medicare<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Medicare es un programa de seguro médico federal (en Estados Unidos) para personas mayores de 64 años y para personas discapacitadas y pacientes con enfermedades renales ([www.hhs.gov](http://www.hhs.gov)).

CUADRO 3: Sistemas integrados en el mundo

Experiencia (país)	Población	Naturaleza	Observaciones
Kaiser Permanente Estados Unidos	9,9 millones	Privado	17% costo-efectividad. Líderes de prevención y cuidado clínico (HEDIS).
Torbey Reino Unido	289.000	Público	Mejores resultados clínicos, menor uso de urgencia. Costo-efectividad.
Alzira España	245.000	Público Privado	US\$ 690 por año. Cae en 15% admisión de urgencia. Cae en 27% el ingreso a hospitales.
BUPA	28,7 millones	Privado	Modelo de llegada diferentes países.
ACO Estados Unidos	4 millones Medicare	Público y privado	Experiencia de los pacientes. Mejoría resultados clínicos. Eficiencia financiera.

Fuente: Elaboración propia en base a Ham et al. (2012), Goodwin et al. (2012), www.modeloalzira.es y presentaciones 1er Foro Internacional de Salud “Modelos de salud en el mundo, la experiencia de Bupa y los desafíos de la nueva ley de Isapres en Chile”, 17 de abril de 2015.

En el caso de Kaiser se ha visto un incremento del costo-efectividad de 17%; en el de Torbey hay mejoras en los resultados clínicos y disminución de las urgencias; en el de Alzira un 15% de disminución de la admisión con un pago capitado cercano a los US\$ 690 (la cifra real está en alrededor de 600 euros). El caso de BUPA es todavía un modelo de llegada en diferentes países, quienes están desarrollando en Polonia un modelo más integrado. Las ACO son organizaciones<sup>5</sup> que están empezando a funcionar en Estados Unidos —ya se incorporó en *Medicare* con 4 millones de beneficiarios— que ya están mostrando claras mejorías en los resultados clínicos y eficiencia financiera.

## VI. Comentarios finales

Chile no debe tardar en adoptar modelos de financiamiento que funcionen como palanca para generar los cambios que el sistema de salud requiere, en primer lugar, por los cambios en el perfil epidemiológico de la población, en segundo lugar, por los costos crecientes y, en tercer lugar,

<sup>5</sup> Son grupos de doctores, hospitales y otros proveedores de salud que se agrupan de manera voluntaria para entregar cuidado de salud de alta calidad a sus pacientes (www.cms.gov).

especialmente, por el bono demográfico que tiene Chile en fase tardía, puesto que sólo quedan diez años para que la relación entre población laboral y población dependiente sea favorable en relación a la primera. En diez años más va a ser tarde, debiéndose asumir la carga financiera que significa una población envejecida y enferma, que va a tener que ser sustentada por la población trabajadora, en una relación mucho menor. En cuarto lugar, se agrega la demanda ciudadana, que refleja una población con mayor acceso al conocimiento y a la información y más conectada, que exige más y espera respuestas adecuadas a sus problemas.

Los análisis de los hospitales muestran que curiosamente, la cuarta y quinta razón de los ingresos en las urgencias son por colecistopatía y cáncer, respectivamente. ¿Por qué un enfermo de vesícula o de cáncer tiene que ingresar por el servicio de urgencia? Porque la red no funciona. Lo anterior ocurre porque la prioridad del sistema de salud actual está en la resolución de pacientes con patologías agudas, luego el cuidado primario, que es el “pariente pobre” de la atención y, finalmente, los programas preventivos (Figura 2).

¿Hacia dónde tenemos que avanzar? Hacia un modelo cuyo foco sea la vida saludable, con empoderamien-

FIGURA 2: Propuesta de evolución del modelo de atención en salud en Chile



Fuente: Elaboración propia.

to comunitario y donde el autocuidado cobra relevancia, seguido del fortalecimiento de la salud pública y del cuidado primario (Figura 2). Luego aparece un elemento nuevo, que es el cuidado social y de la comunidad. Algunos autores han señalado que el problema de salud de los próximos años se resuelve también desde la dimensión social. Hay un 1,5% a 2% de ingresos hospitalarios que son de larga estancia y que son problemas sociales (en periodos estivales o fines de semana largos los servicios de urgencia incrementan la atención de enfermos longevos cuyas familias los dejan para poder salir de vacaciones). El cuidado de largo plazo de los enfermos crónicos y de los adultos mayores debe ser considerado. Finalmente, está la atención de agudos. Ello releva la pregunta respecto de si es necesario incrementar el gasto o readecuarlo. El gasto en salud deberá seguir incrementándose, sin embargo, nuestro desafío es hacerlo bajo un modelo diferente al actual.

El cambio debe ir desde la atención en silo, centrada en proveedores, con financiamiento dicotó-

mico, hacia una atención continua, centrada en el paciente, con financiamiento integrado con ajuste y modelos predictivos. Estos últimos constituyen otra poderosa herramienta que debemos explotar de tal manera de poder establecer estrategias anticipatorias, en función de los patrones de comportamiento que muestran los diferentes grupos poblacionales.

¿Cómo implementar un sistema integrado? **Lo primero** es la existencia de una definición política, con visión de estado (de largo plazo y que trascienda a los gobiernos de turno y a las contingencias políticas), que identifique y reconozca la necesidad de una provisión de servicios en salud robusta y profesionalizada. **Lo segundo**, es contar con una institucionalidad adecuada. Ello implica, por ejemplo, que quien esté a cargo de la provisión debe ser quien tenga las máximas competencias, autonomía y determinación para que el cuidado de los enfermos de este país sea su objetivo final. **En tercer lugar**, debe realizarse de manera gradual, partiendo con



un piloto en una zona específica del país (o más de una), cuya experiencia faculte, por ejemplo, conocer cuánto se gasta en salud en atención primaria, y luego de ello comenzar con ACG. Para lograrlo, un elemento fundamental es instalar las tecnologías que permitan la trazabilidad de las personas dentro del sistema de salud. Con ello se puede conocer quiénes gastan más y, por tanto, cómo prevenir, cuidar adecuadamente y hacer seguimiento a dichos individuos. Asociado a lo anterior, se requiere, instalar en esas mismas zonas piloto, experiencias de cuidado social, es decir, equipos de salud sobre la base de la atención primaria, cuyo quehacer es realizado en los domicilios.

Lo anterior permite redistribuir recursos hacia la atención primaria, que serán usados en políticas anticipatorias para disminuir el uso de los hospitales y las urgencias, mejorando así los indicadores. Finalmente, ya con la experiencia de haber realizado un piloto, la medida se va replicando para ser finalmente instalada en todo el sistema.

Un aspecto que debe ser considerado junto con todo lo ya mencionado es el cambio en la mirada de los recursos humanos. En la actualidad las universidades no conversan con el proveedor de servicios más importante, el Estado, en términos de cuál es el perfil de competencias que requieren nuestros médicos en Chile y siguen formando especialistas y enfrentándose por el uso de campos clínicos, como grandes clínicas y hospitales, dejando de lado los centros de atención primaria. Dado el modelo que requerimos, la institución formadora debiera hacerse cargo de todo el campo, es decir, de los centros de salud primaria más el centro hospitalario complejo. La recomendación actual para la malla curricular de la formación de médicos, es que ésta sea inter y trans-disciplinaria entre lo médico, la salud pública y lo educacional. Eso no se está plasmando hoy día en los programas, y se sigue discu-

tiendo en Chile respecto de cuántos especialistas se necesitan.

Adicionalmente, es importante que existan incentivos adecuados en la provisión, en orden a poner el foco en la prevención y en la atención primaria. En concreto, hay dos formas; la primera es abordarlo desde la salud pública, mediante la educación y la promoción de hábitos de vida. Ello requiere entender el comportamiento de las poblaciones y para ello la antropología y el marketing social tienen un rol, en cuanto a lograr modificar conductas y hábitos (lo que no es fácil). En segundo lugar, está el rol del “especialista en atención primaria”, quien debe estar empoderado y contar con incentivos que le permitan orientar su trabajo hacia objetivos claros —asociados a ciertos indicadores—, como por ejemplo, disminuir la tasa de hospitalización de sus pacientes crónicos.

En cuanto a la relación entre estas dos áreas —la formación y la provisión—, y particularmente, la posibilidad de los médicos en ejercicio de dedicar parte de su tiempo a la docencia e investigación se requiere ordenar, transparentar y remunerar adecuadamente dichas funciones. En la actualidad muchas veces los médicos docentes no están, y el jefe de turno, el residente primero o el segundo pasan a ser el docente de los estudiantes. Por lo tanto, los contratos deben especificar los horarios dedicados a cada actividad y los indicadores con que se evaluará cada una. El cuidado de los pacientes se debe remunerar en base a productividad y calidad, y la docencia en base a indicadores, por ejemplo, asociados a las competencias que se estén desarrollando.

Para concluir, se releva la importancia de hacerse cargo de los temas estructurales, de lo contrario los incrementos presupuestarios no van a tener el efecto buscado y los resultados sanitarios finales van a ser iguales e incluso podrían empeorar.

## VII. Referencias

- Ham C., A. Dixon & B. Brooke. 2012. *Transforming the delivery of health and social care. The case for fundamental change*. London: The King's Fund.
- Goodwin N., J. Smith, A. Davies, C. Perry, R. Rosen, A. Dixon, J. Dixon & C. Ham. 2012. "Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together". The King's Fund, <http://www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-patients-and-populations-improving-outcomes-working-together>.
- Santelices, E., P. Muñiz, M. Delgado & J. Rojas. 2012a. "Aplicación de Grupos Clínicos Ajustados a la Atención Primaria de Salud: Primera experiencia Chilena". XXX Jornadas Chilenas de salud pública. Noviembre.
- Santelices, E., H. Ormeño, M. Delgado & J. Rojas. 2012b. "Asociación entre productividad médica y eficiencia técnica en hospitales públicos de Chile". XXX Jornadas Chilenas de Salud Pública. Noviembre.
- Santelices, E., H. Ormeño, M. Delgado, C. Lui, R. Valdés & L. Durán. 2013a. "Análisis de la eficiencia hospitalaria 2011", *Revista Médica de Chile* 141: 332-337.
- Santelices, E., H. Ormeño, M. Delgado, C. Lui, R. Valdés & L. Durán. 2013b. "Análisis de los determinantes de la eficiencia hospitalaria: el caso de Chile", *Revista Médica de Chile* 141: 456-462.
- Santelices, E., P. Muñiz, L. Arriagada, M. Delgado & J. Rojas. 2014. "Implementación de los Grupos Clínicos Ajustados como herramienta de ajuste de riesgo y distribución de recursos". *Revista Médica de Chile* 142: 152-160. **PdR**