Universidad Andrés Bello

Instituto de Salud Pública

FÓRMULAS PARA RESOLVER HISTÓRICAS LISTAS DE ESPERA PENSANDO EN LOS PACIENTES Y SUS NECESIDADES DE ATENCIÓN

EDITORES: HÉCTOR SÁNCHEZ Y MANUEL INOSTROZA

INFORME 4-2022 :
de Políticas Públicas en Salud del Instituto de Salud Pública UNAB
18-8-2022

RESUMEN EJECUTIVO

Consistente con lo señalado en nuestro tercer informe, el último reporte ministerial de listas de espera, del 30 de junio del 2022, demuestra lo infructuoso que han resultado los esfuerzos del actual gobierno y FONASA en reducirlas. De hecho respecto del informe del 31 de diciembre del 2021 con 2.025.979 personas en espera; han crecido en 81.152 los casos de espera en consultas nuevas de especialistas NO-GES, en 16.579 los casos en espera para una cirugía NO-GES y en 13.084 los casos en espera por las patologías GES. Incrementos que estructuralmente vuelven las listas y tiempos de espera en una crisis sanitaria de proporciones históricas en nuestro sistema de salud, a lo que hay que agregar 20.694 personas reportadas como fallecidas estando en las listas de espera en el período de enero a junio del año 2021 pero informadas este 2022.

En este cuarto informe nos interesa clarificar entonces: ¿Si efectivamente es más económico y eficiente resolver las principales prestaciones hospitalarias, como las de las listas de espera, solo en los establecimientos públicos o es posible hacerlo también en similares condiciones en las clínicas o prestadores privados?. Esto en la medida que los ingresos y gastos en salud per cápita entre FONASA y las ISAPREs se han ido igualando en los últimos años y cuando como hemos visto las listas de espera y sus consecuencias en los afiliados de FONASA siguen subiendo; ¿Cuáles son los precios de transferencia y compra de las principales prestaciones hospitalarias en el sector público y el sector privado?, ¿Hay un mecanismo de compra que nos permita hacer los valores de las prestaciones comparables para tomar buenas decisiones?, ¿Son efectivamente comparables o hay costos como la amortización de la infraestructura que los diferencian?, ¿Podrán estos datos contribuir a generar una política de Estado en la resolución de las listas de espera, superando barreras ideológicas y aliviando el sufrimiento de las personas?, son algunas de las interrogantes que esperamos resolver con la entrega de este informe.

En efecto, entre los años 2013 y 2021, los ingresos del FONASA han aumentado en un 11,1% real promedio anual, superior a la tasa de crecimiento de las ISAPREs en 2,7 veces (4,1% anual). Esto ha permitido la disminución de la relación por beneficiario ISAPRE/FONASA desde 1.81 veces a solo 1.36 veces ($ 992 mil anuales en ISAPREs v/s $ 728 mil anuales en FONASA en el año 2021). Y si nos remontamos al año 1990 respecto del 2021, se obtiene que la relación entre los ingresos per cápita ISAPRE/FONASA ha disminuido desde 2,75 a 1,36 veces en tres décadas, reflejando el esfuerzo del país para disminuir las brechas entre ambos sistemas, esto a pesar de que la población de FONASA sigue teniendo un mayor diferencial de riesgo respecto de la población de ISAPREs.

Por su parte para el período 2013-2020, el gasto en prestaciones del FONASA y las ISAPRES crecieron anualmente en promedio un 8,9% y un 1,9%. Por consiguiente en el año 2020, la relación de gasto en prestaciones per cápita ISAPRES y FONASA fue de 1.01, es decir, prácticamente iguales ($ 586 mil anuales en ISAPREs v/s $ 581,6 mil anuales en FONASA).

En el caso del Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) para el mismo período 2013-2020, el gasto en el FONASA y las ISAPRES crecieron anualmente en promedio un 18,2% y un 14,8%, al punto que el año 2020 en el FONASA este gasto se consumió casi 3 puntos de los 7 puntos porcentuales de cotizaciones y en las ISAPREs 2,5 puntos de los 7 de cotización. Adicionalmente, en el mismo período de análisis, se obtiene que la relación entre los gastos SIL per cápita del FONASA y las ISAPRES han disminuido desde 3,26 a 3,06 veces, lo que se explica fundamentalmente por un mayor incremento del gasto del FONASA en el SIL.

Dado este aumento de ingresos y gastos en nuestro sistema de salud, se hace necesario y más urgente que nunca aplicar mecanismos e incentivos que permitan hacer un mejor uso de los recursos disponibles y que nos permitan resolver los problemas de salud, especialmente las listas de espera, definiendo donde es más conveniente comprar las prestaciones hospitalarias que necesitan los beneficiarios del FONASA, así como se hizo en los momentos más críticos de la pandemia por COVID-19. Es por ello que desde el 2015 en licitaciones de compras de prestaciones hospitalarias al sector privado y en la ley de presupuesto del sector público del año 2020, se incorporó un programa de financiamiento en la partida 16 del Ministerio de Salud en el capítulo correspondiente a Fonasa que se denominó: "Financiamiento a Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD)". Este mecanismo de registro clínico y compra permite alinear la gestión clínica con una asignación eficiente de los recursos públicos.

Sin embargo, ya que los GRDs, presupuestariamente, llevan menos de tres años de implementación en el sistema público, tiempo en el cuál además se ha visto afectada por la pandemia del COVID-19 y dada la falta de completitud de la data pública y privada, es muy difícil obtener información que nos permita ser concluyentes. No obstante lo anterior, el análisis de los datos disponibles, junto con la colaboración de las clínicas Dávila e Indisa, nos muestra la potencialidad que puede darnos en el futuro cercano el uso y seguimiento de los GRDs como un mecanismo de compra del FONASA.

De hecho FONASA desde el inicio de la implementación de los GRDs y habida consideración a que los establecimientos de la red pública poseen distintas estructuras de costos, cartera de servicios y referencias dentro de la red asistencial; se vio obligado a equilibrar el precio de transferencia o compra en cinco grupos de establecimientos o clúster, que van desde $1.941.168 por egreso en los hospitales complementarios en el 2020 hasta $3.004.207 por egreso en los establecimientos complejos de la zona austral en el 2022. En el caso de los establecimientos privados, la compra se realiza mediante los precios ofertados por dichos establecimientos en licitaciones públicas (la última adjudicada en 2019). Con todo, el financiamiento que otorga Fonasa a los 65 establecimientos que participan del programa GRD es mayor que el asignado anualmente mediante los convenios de gestión. Por lo tanto, si estimamos el costo promedio por clúster, producto de los egresos que efectivamente han realizado dichos establecimientos, el precio transferido realmente por Fonasa es más alto y van desde los $2.579.623 en los Institutos de Alta Complejidad, que por una mayor actividad relativa que la de los hospitales complementarios obtuvieron este valor en el 2019, hasta los $4.841.252 por egreso en los establecimientos complejos de la zona austral en el 2021; valores que tampoco incluyen los costos de inversión o amortización de capital del sistema público. De este modo se puede observar que el precio de compra a la red privada no es significativamente distinto de los valores efectivamente transferidos a los públicos, o mejor dicho resulta más económico sobre todo en los egresos cuyo peso relativo es menor a 2,5 y que constituyen el 95,7% de todos los egresos públicos en los años 2019 y 2020. En cambio en aquellos casos en que el peso relativo que otorga GRD es mayor a 2,5, que representan solo al 4,3% de todos los egresos públicos, los precios son más caros; aún sin considerar como hemos dicho, que los precios privados sí incluyen los costos de infraestructura y mantención del equipamiento a diferencia de los públicos que no lo hacen, lo que haría que esta diferencia en favor de los privados disminuyera.

Dado estos interesantes hallazgos, lo relevante pasó a ser la comparación de la casuística resuelta por los establecimientos privados respecto a la de la red pública, y ante la falta de información disponible en datos abiertos por parte del FONASA, se solicitó la colaboración a la Clínica Dávila y a la Clínica Indisa, instituciones que entre los años 2019 y 2020 resolvieron la atención de 2.859 beneficiarios de Fonasa con GRD. Respecto del tipo de alta que se logra en la atención, es posible identificar una alta tasa de fallecidos en las clínicas privadas, lo que se explica porque los casos cuyo peso relativo se encuentra entre 1,5 y 2,5 o mayor a 2,5, es decir, casos más graves, por derivaciones de la red pública resultaron mucho más frecuentes en los casos resueltos por estos establecimientos. Complementariamente se procedió a analizar las atenciones más frecuentes en las clínicas de referencia, en donde 12 grupos GRD concentran el 79% del total de las atenciones realizadas. Con la información del sitio de datos abiertos de Fonasa se identificó el número de atenciones que realizó la red pública en los años 2019 y 2020 en los mismos 12 grupos GRD, con un total de 239.559 egresos hospitalarios representativos de un 15% del total de los egresos de la red pública. Al analizar el tipo de alta de los egresos comparables entre la red pública y la red privada, el comportamiento de las clínicas es similar al de los establecimientos públicos clasificados en el grupo de Institutos de Alta Complejidad. Situación similar si se considera el peso relativo resultante entre los grupos GRD donde la mayor cantidad de casos resulta entre los pesos 1,5 a 2,5 y sobre 2,5. En cuanto al comportamiento del promedio de días de estancia en las clínicas privadas, se puede ver que en los grupos GRD con peso relativo menor a 1,5 y entre 1,5 y 2,5, estas presentan entre un 64% y un 20% más de días de estancia. Esto tiene su explicación en lo complejo que resultó coordinar desde los equipos de las clínicas privadas una serie de beneficios públicos adicionales como indicaciones de oxígeno domiciliario o diálisis, entre otras acciones, antes de poder dar de alta a los pacientes. Mientras que en el grupo de pacientes con peso relativo sobre 2,5 las clínicas privadas tuvieron un 4% menos de días de estadía. En síntesis, el mix de egresos de las clínicas privadas resultó más comparable al clúster de los institutos de alta complejidad de la red pública y en algunas variables podría haber justificado valores más caros de compra y no explican que al contrario hayan resultado ser más económicos o similares.

En consecuencia parece muy recomendable, necesario y urgente que el gobierno y el FONASA junto a las instituciones reguladoras de nuestro sistema de salud, como parte de una Política de Estado, expandan el uso de los GRDs en todos los prestadores hospitalarios tanto públicos como privados y se genere una gobernanza de datos públicos y una renovación de los datos abiertos del FONASA, que incluya los costos y acceso a las atenciones de salud que reciben sus beneficiarios. Esto permitiría a los distintos poderes del Estado, universidades y opinión pública, hacer transparente el seguimiento de una gestión basada en resultados y de una evaluación del uso eficiente de los recursos públicos por parte de la red hospitalaria.

Finalmente, respecto a la similitud encontrada en la gran mayoría de los precios de compra público v/s privado, resultaría urgente dada la crisis sanitaria en la que nos encontramos por las listas de espera que afectan a los beneficiarios del FONASA y en especial a su población más pobre y vulnerable, que los GRDs como mecanismo de compra tendieran a homogenizarce en el costo de la atención clínica, separando los costos de oportunidad y de capital, permitiendo así el desarrollo y sostenibilidad de una complementariedad público-privada basada exclusivamente en la resolución de los principales problemas de salud de la población beneficiaria del FONASA y no en su impedimento por barreras de corte ideológico. Los constantes aumentos en las listas y tiempos de espera entre 2016-2022, nos demuestran que el sector público prestador ha sido y será completamente incapaz de resolverlas, toda vez que los costos actuales de la red pública hospitalaria incluyen niveles de ineficiencia que de mantenerse hacen insostenible el desarrollo del nuevo Sistema Nacional de Salud y del Fondo Único de Salud, tal como se proponen, y como ya hemos señalado en los anteriores informes, sin acometer primero las necesarias reformas estructurales al sistema público prestador.

Editores: Héctor Sánchez y Manuel Inostroza.

ÍNDICE

1.- Contexto constituyente y las propuestas de reforma del gobierno del Pdte. Boric. 6

2.- Contexto ingresos del sistema de salud en Chile 7

3.- Contexto en los gastos del sistema de salud en Chile 10

4.- Contexto GRD prestadores públicos en Chile 12

5.- Análisis de la compra de Fonasa hacia prestadores de salud públicos y privados. 15

6.- Caracterización de los egresos hospitalarios. 17

6.1- Análisis comparativo egresos hospitalarios hospitales públicos vs clínicas Dávila e Indisa 20

7.- Conclusiones 23

1.- CONTEXTO CONSTITUYENTE Y LAS PROPUESTAS DE REFORMA DEL GOBIERNO DEL PDTE. BORIC.

La propuesta de borrador de la Constitución, en su artículo 44, señala que la salud es un derecho que toda persona debe tener garantizada, tanto en su dimensión física como mental, así como también establece un Sistema Nacional de Salud (SNS) de carácter universal, público e integrado, el cual estará financiado principalmente por rentas generales de la nación y por cotizaciones obligatorias. Un órgano público definido por ley administrará los recursos y una ley definirá la manera en que se integrarán los prestadores privados.

Por cierto, también se consagra que es el Estado el que tiene la función rectora que le permite regular, supervisar y fiscalizar tanto a las instituciones públicas y privadas. Si bien estos cambios constitucionales no necesariamente implican un solo modelo de salud ni un tipo de reforma en particular, de las interpretaciones de algunos convencionales y de los primeros planteamientos públicos del equipo ministerial de Gobierno en salud y del director de FONASA[1], se desprenden aspectos como la desaparición de las ISAPREs, y la duda sobre la continuidad de la Modalidad de Atención de la Libre Elección (MLE), así como de la profundidad de la complementariedad público-privada a nivel de la prestación. Aunque recientemente el propio director de FONASA y aludiendo en una nueva y más reciente entrevista[2], a nuestros primeros dos informes, señaló que: "estamos suponiendo que las personas pueden seguir contando con la modalidad de libre elección y por lo tanto pueden atenderse en prestadores privados". Así como por su parte diversos partidos políticos oficialistas, respecto a la nueva propuesta constitucional suscribieron recientemente un acuerdo en el que sostienen que: "El Sistema Nacional de Salud permitirá a distintos gobiernos, de diversas tendencias políticas, innovar en nuevas soluciones y no limita la posibilidad de que participen los privados como prestadores...se protegerá la libertad de todas las personas a elegir dónde atenderse dentro de la red del nuevo Sistema Nacional de Salud".

Ahora bien, consistente con lo señalado en nuestro tercer informe, el último reporte ministerial de listas de espera, del 30 de junio del 2022, demuestra lo infructuoso que han resultado los esfuerzos del actual gobierno y FONASA en reducirlas. De hecho respecto del informe del 31 de diciembre del 2021 con 2.025.979 personas en espera; han crecido en 81.152 los casos de espera en consultas nuevas de especialistas NO-GES, en 16.579 los casos en espera para una cirugía NO-GES y en 13.084 los casos en espera por las patologías GES. Incrementos que estructuralmente vuelven las listas y tiempos de espera en una crisis sanitaria de proporciones históricas en nuestro sistema de salud, a lo que hay que agregar 20.694 personas reportadas como fallecidas estando en las listas de espera en el período de enero a junio del año 2021 pero informadas este 2022.

Es por ello que en este cuarto informe nos interesa clarificar: ¿Si efectivamente es más económico y eficiente resolver las principales prestaciones hospitalarias, como las de las listas de espera, solo en los establecimientos públicos o es posible hacerlo también en similares condiciones en las clínicas o prestadores privados?. Esto en la medida que los ingresos y gastos en salud per cápita entre FONASA y las ISAPREs se han ido igualando en los últimos años y cuando como hemos visto las listas de espera y sus consecuencias en los afiliados de FONASA siguen subiendo; ¿Cuáles son los precios de transferencia y compra de las principales prestaciones hospitalarias en el sector público y el sector privado?, ¿Hay un mecanismo de compra que nos permita hacer los valores de las prestaciones comparables para tomar buenas decisiones?, ¿Son efectivamente comparables o hay costos como la amortización de la infraestructura que los diferencian?, ¿Podrán estos datos contribuir a generar una política de Estado en la resolución de las listas de espera, superando barreras ideológicas y aliviando el sufrimiento de las personas?, son algunas de las interrogantes que esperamos resolver con la entrega de este informe.

1 https://www.latercera.com/earlyaccess/noticia/camilo-cid-director-de-fonasa-nuestro-sello-es-transformarnos-en-un-fondo-universal-de-salud-independiente-de-lo-que-ocurra-en-la-convencion/UWI7VYEYBBA6BLHDT6KETIT7YM/; del 23 de mayo del 2022.

2 Diario El Mercurio de Santiago, 10 de julio de 2022.

2.- CONTEXTO INGRESOS DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

Entre los años 2013 y 2021, los ingresos del sistema de salud han aumentado en un 9,1% real promedio anual, explicado principalmente por el incremento de los ingresos del FONASA, 11,1% real promedio anual, superior a la tasa de crecimiento de las ISAPREs en 2,70 veces (Tabla 1 y Gráfico 1). El incremento de los ingresos del FONASA y las ISAPREs son superiores al crecimiento del PIB del 3,8%[3] real promedio anual, con diferencias de 7,3 y 0,3 puntos porcentuales.

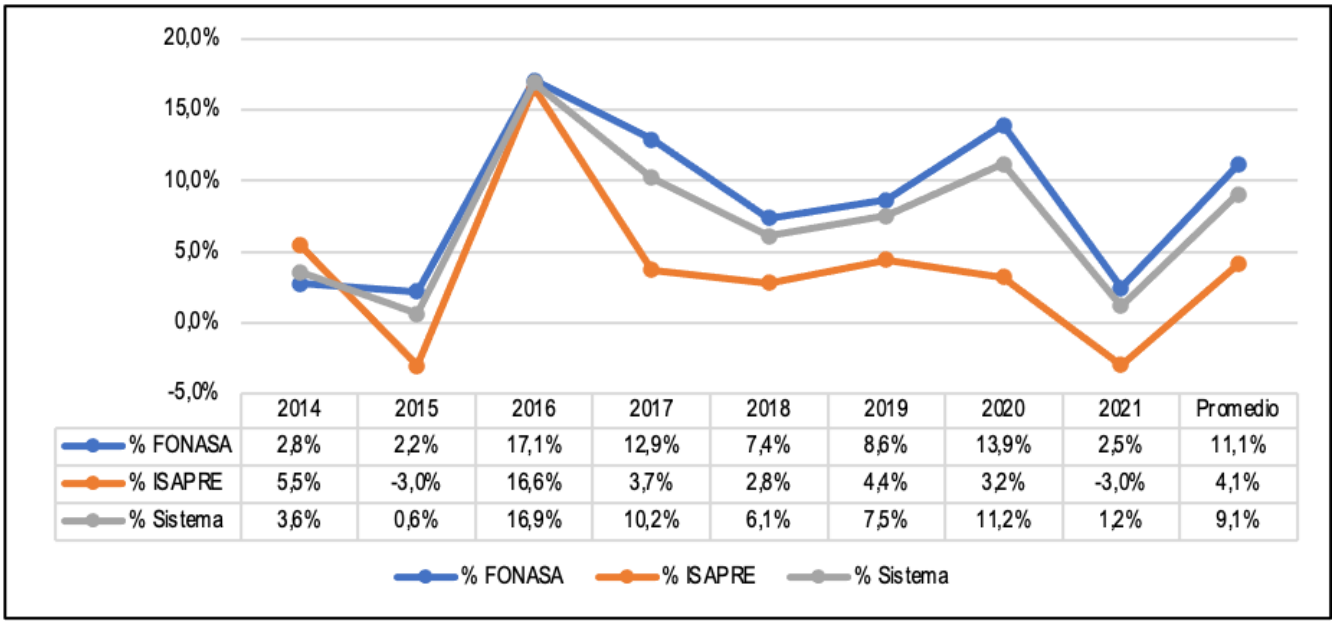
Tabla 1. Distribución ingresos sistema de salud en Chile, por previsión, periodo 2013-2021 (en miles de pesos diciembre 2021)

Periodo	FONASA*	% FONASA	ISAPRE**	% ISAPRE	Total Sistema
2013	$5.864.916.948	70,3%	$2.481.851.802	29,7%	$8.346.768.750
2014	$6.027.376.446	69,7%	$2.617.903.667	30,3%	$8.645.280.113
2015	$6.160.418.578	70,8%	$2.538.362.935	29,2%	$8.698.781.513
2016	$7.211.304.384	70,9%	$2.959.203.640	29,1%	$10.170.508.024
2017	$8.142.948.699	72,6%	$3.069.114.145	27,4%	$11.212.062.844
2018	$8.743.005.584	73,5%	$3.154.852.781	26,5%	$11.897.858.365
2019	$9.498.449.406	74,2%	$3.295.172.994	25,8%	$12.793.622.400
2020	$10.822.831.348	76,1%	$3.400.382.109	23,9%	$14.223.213.457
2021	$11.090.469.622	77,1%	$3.300.023.183	22,9%	$14.390.492.805

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud y el FONASA.

* Incluye ingresos por aportes fiscales, recaudación por cotizaciones y otras fuentes de financiamiento.
** Incluye ingresos por concepto de Cotización Legal (7%), Cotización Adicional Voluntaria, Aporte Adicional, Ingresos por Fondo de Compensación y Otros.

Gráfico 1. Tasa de crecimiento ingresos sistema de salud en Chile, por previsión, periodo 2014-2021.



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Promedio
% FONASA	2,8%	2,2%	17,1%	12,9%	7,4%	8,6%	13,9%	2,5%	11,1%
% ISAPRE	5,5%	-3,0%	16,6%	3,7%	2,8%	4,4%	3,2%	-3,0%	4,1%
% Sistema	3,6%	0,6%	16,9%	10,2%	6,1%	7,5%	11,2%	1,2%	9,1%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud y el FONASA.

3 Banco central de Chile (2020). https://si3.bcentral.cl/estadisticas/principal1/excel/ccnn/trimestrales/excel.html
https://www.bcentral.cl/web/banco-central/cuentas-nacionales-trimestrales-estadisticas-en-excel

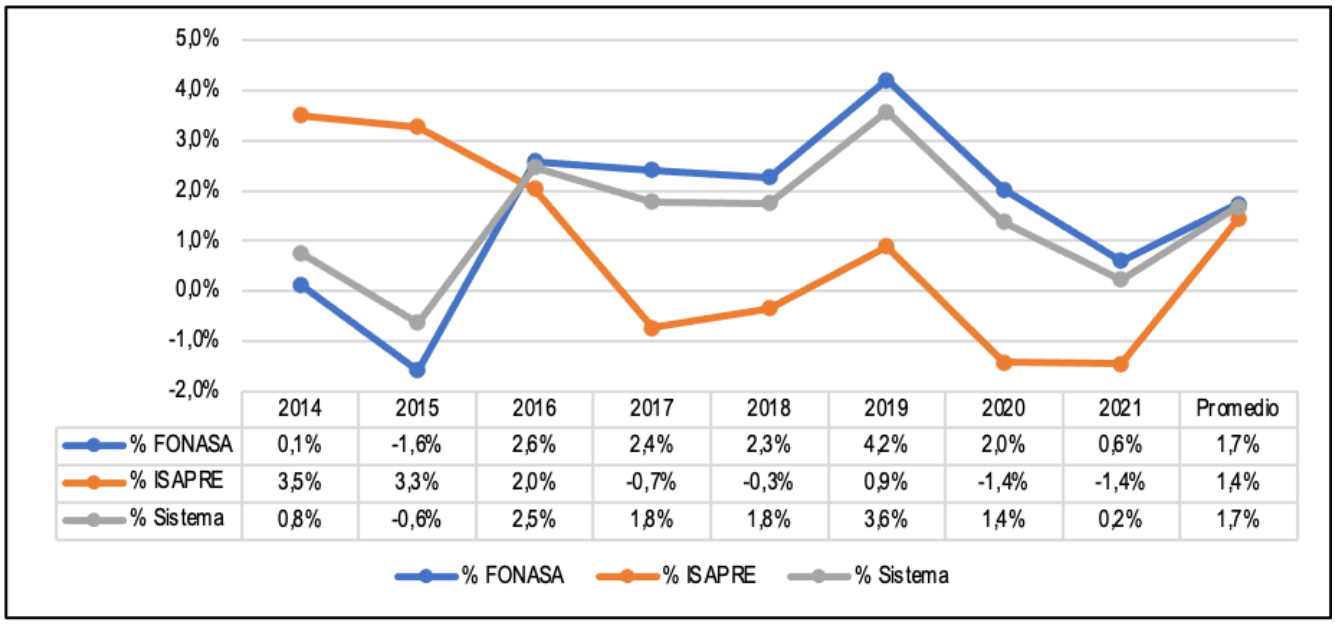
Por su parte, la población beneficiaria del sistema de salud pasó de 16,60 millones a 18,56 millones de personas, con una tasa de crecimiento de 1,7% en el periodo, la misma que experimenta el aumento de la población beneficiaria del FONASA (Tabla 1 y Gráfico 1). Dicha tasa de crecimiento es superior a la experimentada por la población nacional, que en igual periodo fue de 1,5%[4] promedio anual.

Tabla 2. Distribución población beneficiaria sistema de salud en Chile, por previsión, periodo 2013-2021

Periodo	FONASA	% FONASA	ISAPRE	% ISAPRE	Total Sistema
2013	13.451.188	81,0%	3.146.462	19,0%	16.597.650
2014	13.468.265	80,5%	3.256.364	19,5%	16.724.629
2015	13.256.173	79,8%	3.363.023	20,2%	16.619.196
2016	13.598.639	79,9%	3.431.555	20,1%	17.030.194
2017	13.926.475	80,3%	3.406.747	19,7%	17.333.222
2018	14.242.655	80,8%	3.394.961	19,2%	17.637.616
2019	14.841.577	81,2%	3.425.311	18,8%	18.266.888
2020	15.142.528	81,8%	3.376.552	18,2%	18.519.080
2021	15.233.814	82,1%	3.327.623	17,9%	18.561.437

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud y el FONASA.

Gráfico 2. Tasa de crecimiento población beneficiaria sistema de salud en Chile, por previsión, periodo 2014-2021



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Promedio
% FONASA	0,1%	-1,6%	2,6%	2,4%	2,3%	4,2%	2,0%	0,6%	1,7%
% ISAPRE	3,5%	3,3%	2,0%	-0,7%	-0,3%	0,9%	-1,4%	-1,4%	1,4%
% Sistema	0,8%	-0,6%	2,5%	1,8%	1,8%	3,6%	1,4%	0,2%	1,7%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud y el FONASA.

La fuerte expansión de los ingresos del FONASA generó que los ingresos per cápita de sus beneficiarios hayan crecido en un 8,4% real anual (los de los asegurados de ISAPRES crecieron un 3,2% real anual), lo cual a su vez ha disminuido sistemáticamente la relación por beneficiario desde 1,81 veces a 1,36 veces[5]. Por su parte, los ingresos por beneficiario del sistema han crecido un 6,8% real anual (Tabla 3 y Gráfico 3).[6]

4 Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2022) https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion

5 Para el cálculo del ratio ISAPRE/FONASA se utilizó la metodología propuesta por Lenz-Alcayaga R, Páez-Pizarro L. Evolution of health social security expenditure in Chile: A review of financial aggregates from 2000 to 2018. Medwave 2021;21(01): e8117, cuyos resultados son similares a los de este estudio (1,5 en el 2018).

6 Al considerar como ingresos de las ISAPRES solo aquellos provenientes de la cotización obligatoria, la relación entre los ingresos per cápita del FONASA y de las ISAPRES varía en el periodo desde 1,42 a 0,97 veces. Es decir, los ingresos por beneficiario del seguro público superan a los de los seguros privados.

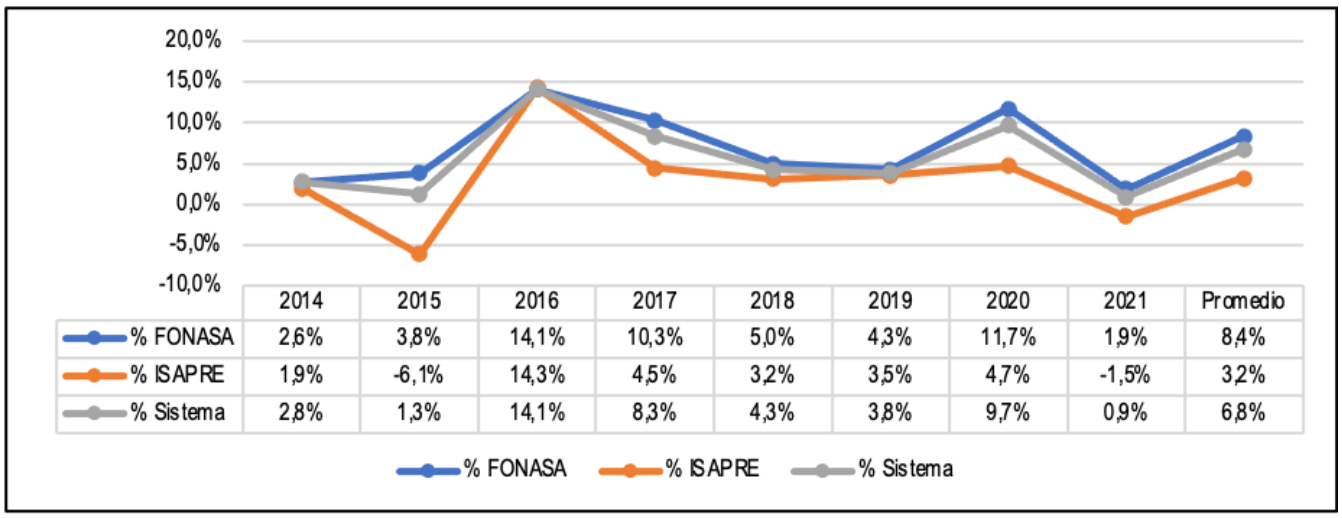
Tabla 3. Ingresos por beneficiario sistema de salud en Chile, incluye todos los ingresos por previsión, periodo 2013-2021 (en miles de pesos diciembre 2021)

Periodo	FONASA*	ISAPRE**	Total Sistema	Ratio ISAPRE/FONASA
2013	$436	$789	$503	1,81
2014	$448	$804	$517	1,80
2015	$465	$755	$523	1,62
2016	$530	$862	$597	1,63
2017	$585	$901	$647	1,54
2018	$614	$929	$675	1,51
2019	$640	$962	$700	1,50
2020	$715	$1.007	$768	1,41
2021	$728	$992	$775	1,36

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud y el FONASA.

* Incluye ingresos por aportes fiscales, recaudación por cotizaciones y otras fuentes de financiamiento.
** Incluye ingresos por concepto de Cotización Legal (7%), Cotización Adicional Voluntaria, Aporte Adicional, Ingresos por Fondo de Compensación y Otros.

Gráfico 3. Tasa de crecimiento ingresos por beneficiario sistema de salud en Chile, por previsión, periodo 2014-2021



	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Promedio
% FONASA	2,6%	3,8%	14,1%	10,3%	5,0%	4,3%	11,7%	1,9%	8,4%
% ISAPRE	1,9%	-6,1%	14,3%	4,5%	3,2%	3,5%	4,7%	-1,5%	3,2%
% Sistema	2,8%	1,3%	14,1%	8,3%	4,3%	3,8%	9,7%	0,9%	6,8%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud y el FONASA.

Adicionalmente, al analizar un periodo más largo, desde el año 1990 al 2021, se obtiene que la relación entre los ingresos per cápita del FONASA y las ISAPRES han disminuido desde 2,75 a 1,36 veces, es decir, un 50,6% en tres décadas, reflejando el esfuerzo del país para disminuir las brechas entre ambos seguros (Tabla 4)[7].

7 Al considerar solo los ingresos provenientes de la cotización obligatoria, las brechas se reducen desde 2,41 hasta 0,97 veces. Es decir, en 30 años la diferencia se reduce en casi un 60% y los ingresos por beneficiario del FONASA superan a los de ISAPRES.

Tabla 4. Comparación de ingresos per cápita 1990-2021, incluye todos los ingresos por previsión (en miles de pesos de diciembre 2021)

ítem	1990		2021		Crecimiento	
	FONASA*	ISAPRE**	FONASA*	ISAPRE**	FONASA	ISAPRE
Ingresos	$846.804.977	$462.399.402	$11.090.469.622	$3.300.023.183	1210%	614%
Beneficiarios	9.729.020	1.929.723	15.233.814	3.327.623	57%	72%
Ingresos Per cápita	$ 87	$ 240	$ 728	$ 992	736%	314%
Ratio ISAPRE/FONASA	2,75		1,36			

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud y el FONASA.

* Incluye ingresos por aportes fiscales, recaudación por cotizaciones y otras fuentes de financiamiento.
** Incluye ingresos por concepto de Cotización Legal (7%), Cotización Adicional Voluntaria, Aporte Adicional, Ingresos por Fondo de Compensación y Otros.

3.- CONTEXTO EN LOS GASTOS DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

Por su parte, entre los años 2013 y 2020, el gasto en prestaciones del FONASA, las ISAPREs y el sistema representaron en promedio un 92,3%, 67,3% y un 86,5%, respectivamente (Tabla 5), de sus ingresos totales. En otras palabras, el FONASA, además de experimentar un mayor crecimiento de sus ingresos, destinó una mayor proporción de ellos al gasto en prestaciones respecto a las ISAPRES. En términos de evolución, el gasto en prestaciones del FONASA, las ISAPRES y el sistema creció anualmente en promedio un 8,9%, 1,9% y un 7,2%, respectivamente. La evolución del gasto de las ISAPRES se explica por una fuerte caída durante el año 2020, un 12,4% (Tabla 5), llegando a representar ese año un 58,2% de sus ingresos.

Tabla 5. Gasto en prestaciones médicas, por previsión, periodo 2013-2020 (en miles de pesos de diciembre 2021)

AÑOS	FONASA			ISAPRE			Total Sistema		
	Monto en Miles $	% Crecimiento	Gasto como % de los Ingresos	Monto en Miles $	% Crecimiento	Gasto como % de los Ingresos	Monto en Miles $	% Crecimiento	Gasto como % de los Ingresos
2013	$5.436.322.238		92,7%	$1.746.490.426		70,4%	$7.182.812.664		96,8%
2014	$5.885.725.287	8,3%	97,6%	$1.801.442.600	3,1%	68,8%	$7.687.167.886	7,0%	87,1%
2015	$5.906.714.052	0,4%	95,9%	$1.760.932.847	-2,2%	69,4%	$7.667.646.899	-0,3%	88,2%
2016	$6.899.194.801	16,8%	95,7%	$2.022.154.592	14,8%	68,3%	$8.921.349.392	16,4%	87,7%
2017	$7.429.633.068	7,7%	91,2%	$2.088.178.011	3,3%	68,0%	$9.517.811.079	6,7%	84,9%
2018	$8.023.077.909	8,0%	91,8%	$2.115.826.016	1,3%	67,1%	$10.138.903.925	6,5%	85,2%
2019	$8.785.970.359	9,5%	92,5%	$2.259.307.066	6,8%	68,6%	$11.045.277.426	8,9%	86,3%
2020	$8.806.774.352	0,2%	81,4%	$1.978.520.617	-12,4%	58,2%	$10.785.294.969	-2,4%	75,8%
Promedio		8,9%			1,9%			7,2%	

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud y el FONASA.

Por su parte, el gasto per cápita en prestaciones del FONASA, las ISAPRES y el sistema crecieron en promedio un 6,3%, 0,8% y un 4,9%, respectivamente. La evolución del gasto por beneficiario en prestaciones de las ISAPRES se explica por una fuerte caída durante el año 2020, un 11,2% (Tabla 6). Con lo que al final del período de análisis, la relación de gasto en prestaciones per cápita ISAPRES y FONASA es 1,01, es decir, es prácticamente igual (Tabla 6).

Tabla 6. Gasto en prestaciones médicas per cápita, por previsión, periodo 2013-2020 (en miles de pesos de diciembre 2021)

AÑOS	FONASA		ISAPRE		Total Sistema		Ratio
	Monto en Miles $	% Crecimiento	Monto en Miles $	% Crecimiento	Monto en Miles $	% Crecimiento	ISAPRE/ FONASA
2013	$404,2		$555,1		$432,8		1,37
2014	$437,0	8,1%	$553,2	-0,3%	$459,6	6,2%	1,27
2015	$445,6	2,0%	$523,6	-5,3%	$461,4	0,4%	1,18
2016	$507,3	13,9%	$589,3	12,5%	$523,9	13,5%	1,16
2017	$533,5	5,2%	$613,0	4,0%	$549,1	4,8%	1,15
2018	$563,3	5,6%	$623,2	1,7%	$574,8	4,7%	1,11
2019	$592,0	5,1%	$659,6	5,8%	$604,7	5,2%	1,11
2020	$581,6	-1,8%	$586,0	-11,2%	$582,4	-3,7%	1,01
Promedio		6,3%		0,8%		4,9%	

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud y el FONASA.

Durante el periodo de análisis, el gasto en el Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) del FONASA, las ISAPREs y el sistema representaron en promedio un 10,0%, 19,1% y un 12,5%, respectivamente (Tabla 7), respecto a sus ingresos totales. En el caso del FONASA y las ISAPREs, su participación aumentó desde 9,1% a un 11,2% y desde un 16,4% a un 24,4%, respectivamente (Tabla 7). En términos de evolución, el gasto en SIL del FONASA, las ISAPRES y el sistema crecieron anualmente en promedio un 18,2%, 14,8% y un 16,8%, respectivamente (Tabla 7). El gasto SIL del FONASA, las ISAPREs y, consiguientemente, el sistema, crecieron fuertemente el año 2020, en un 65,6%, 22,7% y un 45%, respectivamente. En el FONASA, dicho gasto había disminuido el 2019 en casi un 20% (Tabla 7).

Tabla 7. Gasto en subsidio por incapacidad laboral (SIL), por previsión, periodo 2013-2020 (en miles de pesos de diciembre 2021)

AÑOS	FONASA			ISAPRE			Total Sistema		
	Monto en Miles $	% Crecimiento	Gasto como % de los Ingresos	Monto en Miles $	% Crecimiento	Gasto como % de los Ingresos	Monto en Miles $	% Crecimiento	Gasto como % de los Ingresos
2013	$534.278.703		9,1%	$407.149.892		16,4%	$941.428.594		11,3%
2014	$604.746.655	13,2%	10,0%	$454.084.390	11,5%	17,3%	$1.058.831.045	12,5%	12,2%
2015	$640.823.483	6,0%	10,4%	$460.194.929	1,3%	18,1%	$1.101.018.412	4,0%	12,7%
2016	$772.395.281	20,5%	10,7%	$548.939.033	19,3%	18,6%	$1.321.334.314	20,0%	13,0%
2017	$836.170.516	8,3%	10,3%	$565.529.511	3,0%	18,4%	$1.401.700.026	6,1%	12,5%
2018	$917.966.255	9,8%	10,5%	$604.830.352	6,9%	19,2%	$1.522.796.607	8,6%	12,8%
2019	$734.871.826	-19,9%	7,7%	$676.310.258	11,8%	20,5%	$1.411.182.084	-7,3%	11,0%
2020	$1.216.639.148	65,6%	11,2%	$829.781.192	22,7%	24,4%	$2.046.420.339	45,0%	14,4%
Promedio		18,2%			14,8%			16,8%	

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud y el FONASA.

Adicionalmente, en el mismo período de análisis, se obtiene que la relación entre los gastos SIL per cápita del FONASA y las ISAPRES han disminuido desde 3,26 a 3,06 veces, es decir, un 6,1% (Tabla 8), lo que se explica fundamentalmente por un mayor incremento del gasto del FONASA en el SIL.

Tabla 8. Gasto en subsidio por incapacidad laboral (SIL) per cápita, por previsión, periodo 2013-2020 (en miles de pesos de diciembre 2021)

AÑOS	FONASA		ISAPRE		Total Sistema		Ratio
	Monto en Miles $	% Crecimiento	Monto en Miles $	% Crecimiento	Monto en Miles $	% Crecimiento	ISAPRE/ FONASA
2013	$39,7		$129,4		$56,7		3,26
2014	$44,9	13,0%	$139,4	7,8%	$63,3	11,6%	3,11
2015	$48,3	7,7%	$136,8	-1,9%	$66,2	4,6%	2,83
2016	$56,8	17,5%	$160,0	16,9%	$77,6	17,1%	2,82
2017	$60,0	5,7%	$166,0	3,8%	$80,9	4,2%	2,76
2018	$64,5	7,3%	$178,2	7,3%	$86,3	6,8%	2,76
2019	$49,5	-23,2%	$197,4	10,8%	$77,3	-10,5%	3,99
2020	$80,3	62,3%	$245,7	24,5%	$110,5	43,0%	3,06
Promedio		12,9%		9,9%		11,0%	

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Superintendencia de Salud y el FONASA.

4.- CONTEXTO GRD PRESTADORES PÚBLICOS EN CHILE

Dado el avance en la utilización y registro de GRD en nuestro sistema público hospitalario: que partió en el año 2002 como un proyecto FONDEF, al que se incorporaron entre el 2008 y 2009 cerca de 17 hospitales públicos, para que el 2010 se definiera como un programa clínico financiero que cubriera a 62 hospitales del país, que el 2015 se diera inicio para ciertas compras de prestaciones hospitalarias tanto en el sector público como privado y para que finalmente en el año 2020 se decidiera en la Ley de Presupuestos de ese año, incorporar un nuevo programa de financiamiento en la Partida 16 del Ministerio de Salud en el capítulo correspondiente a Fonasa que se denominó "Financiamiento a Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico". Este mecanismo, que se aplicó a 65 hospitales de alta y mediana complejidad de la red asistencial pública, buscaba mejorar el uso de los recursos financieros y hospitalarios, mediante la herramienta GRD (Grupo Relacionado por Diagnóstico). Este mecanismo de compra permite alinear la gestión clínica con una asignación eficiente de los recursos públicos, ya que relaciona el gasto con el nivel de actividad e incluye los incentivos a mejorar el acceso y oportunidad de la atención.

Como hemos podido constatar por muchos años, el Estado ha venido incorporando de forma decidida recursos al sector salud, provenientes principalmente de los impuestos que paga cada uno de los ciudadanos y que se discuten anualmente en la Ley de Presupuestos del Sector Público, para mejorar el acceso a la salud que debe garantizar a las personas. Sin embargo, distintos estudios dan cuenta de la necesidad de aplicar mecanismos e incentivos que permitan hacer un mejor uso de los recursos disponibles y que se traduzcan en mejor cobertura y calidad en la entrega de servicios de salud a la mayoría de la población. Uno de ellos es el denominado: "Eficiencia en pabellones y priorización de pacientes para cirugía electiva" de la Comisión Nacional de Productividad, de enero del 2020. Dicho trabajo señala: "Mientras el gasto hospitalario aumentó 28% (real) entre 2014 y 2017 (el equivalente a 750 millones de dólares anuales), los egresos hospitalarios cayeron 5%, y el volumen de casos en espera No GES quirúrgico aumentó un 39%."

En virtud de la decisión precedente es que es posible encontrar en los datos abiertos del FONASA, la información de la actividad asistencial medida por GRD de los 65 hospitales públicos de alta y mediana complejidad, pero solo para los años 2019 y 2020 y dado que el año 2020 coincidió con el inicio de la pandemia por COVID-19, esta actividad presenta una significativa disminución dada las medidas de restricción aplicadas para controlarla (Tablas 9, 10, 11 y 12).

Tabla 9. Distribución y evolución de GRD en prestadores públicos, por actividad, periodo 2019-2020.

Tipo de Actividad	2019		2020		Crecimiento
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)	135.480	12,9%	79.637	10,2%	-41,2%
Hospitalización	913.075	87,1%	702.275	89,8%	-23,1%
Desconocido/No identificado	20	0,0%		0,0%	-100,0%
Total	1.048.575	100%	781.912	100,0%	-25,4%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del FONASA.

Tabla 10. Distribución y evolución de GRD Cirugía Mayor Ambulatoria en prestadores públicos, por servicio de salud, periodo 2019-2020.

Servicio de Salud	2019		2020		Tasa de Crecimiento 2019-2021
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Arica	2.204	1,6%	1.394	1,8%	-36,8%
Iquique	2.024	1,5%	1.688	2,1%	-16,6%
Antofagasta	2.629	1,9%	1.430	1,8%	-45,6%
Atacama	1.505	1,1%	665	0,8%	-55,8%
Coquimbo	8.792	6,5%	4.564	5,7%	-48,1%
Valparaíso San Antonio	3.542	2,6%	1.607	2,0%	-54,6%
Viña del Mar- Quillota	6.239	4,6%	2.670	3,4%	-57,2%
Aconcagua	2.428	1,8%	1.253	1,6%	-48,4%
M. Norte	6.371	4,7%	3.603	4,5%	-43,4%
M. Occidente	6.061	4,5%	4.449	5,6%	-26,6%
M. Central	6.820	5,0%	3.463	4,3%	-49,2%
M. Sur	7.202	5,3%	4.928	6,2%	-31,6%
M. Oriente	7.915	5,8%	5.437	6,8%	-31,3%
M. Sur Oriente	15.045	11,1%	9.846	12,4%	-34,6%
O'Higgins	9.013	6,7%	5.271	6,6%	-41,5%
Del Maule	9.448	7,0%	6.112	7,7%	-35,3%
Ñuble	5.399	4,0%	2.210	2,8%	-59,1%
Concepción	3.439	2,5%	1.774	2,2%	-48,4%
Arauco	490	0,4%	331	0,4%	-32,4%
Talcahuano	1.690	1,2%	1.037	1,3%	-38,6%
Bio-Bio	3.579	2,6%	2.565	3,2%	-28,3%
Araucanía Norte	2.578	1,9%	1.173	1,5%	-54,5%
Araucanía Sur	9.594	7,1%	5.654	7,1%	-41,1%
Valdivia	3.113	2,3%	1.735	2,2%	-44,3%
Osorno	1.310	1,0%	1.031	1,3%	-21,3%
Del Reloncavi	3.380	2,5%	1.900	2,4%	-43,8%
Chiloé	1.562	1,2%	564	0,7%	-63,9%
Aysén	479	0,4%	379	0,5%	-20,9%
Magallanes	1.608	1,2%	892	1,1%	-44,5%
Total	135.459	100%	79.625	100%	-41,2%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del FONASA.

Tabla 11. Distribución y evolución de GRD Hospitalización en prestadores públicos, por servicio de salud, periodo 2019-2020.

Servicio de Salud	2019		2020		Tasa de Crecimiento 2019-2021
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Arica	16.489	1,8%	14.153	2,0%	-14,2%
Iquique	16.489	1,8%	15.950	2,3%	-3,3%
Antofagasta	26.653	2,9%	26.376	3,8%	-1,0%
Atacama	18.867	2,1%	15.308	2,2%	-18,9%
Coquimbo	37.029	4,1%	30.047	4,3%	-18,9%
Valparaíso San Antonio	43.322	4,7%	20.732	3,0%	-52,1%
Viña del Mar- Quillota	48.543	5,3%	30.956	4,4%	-36,2%
Aconcagua	20.228	2,2%	15.623	2,2%	-22,8%
M. Norte	36.060	3,9%	27.054	3,9%	-25,0%
M. Occidente	58.749	6,4%	44.055	6,3%	-25,0%
M. Central	52.501	5,8%	41.726	5,9%	-20,5%
M. Sur	54.783	6,0%	46.326	6,6%	-15,4%
M. Oriente	36.840	4,0%	27.172	3,9%	-26,2%
M. Sur Oriente	78.335	8,6%	60.276	8,6%	-23,1%
O'Higgins	39.899	4,4%	30.343	4,3%	-24,0%
Del Maule	58.797	6,4%	48.329	6,9%	-17,8%
Ñuble	28.328	3,1%	22.475	3,2%	-20,7%
Concepción	35.080	3,8%	24.659	3,5%	-29,7%
Arauco	9.412	1,0%	7.175	1,0%	-23,8%
Talcahuano	21.112	2,3%	15.926	2,3%	-24,6%
Bio-Bio	25.587	2,8%	19.990	2,8%	-21,9%
Araucanía Norte	16.361	1,8%	12.397	1,8%	-24,2%
Araucanía Sur	42.381	4,6%	34.813	5,0%	-17,9%
Valdivia	20.485	2,2%	15.304	2,2%	-25,3%
Osorno	18.938	2,1%	13.713	2,0%	-27,6%
Del Reloncaví	22.876	2,5%	19.578	2,8%	-14,4%
Chiloé	9.322	1,0%	6.076	0,9%	-34,8%
Aysén	7.834	0,9%	7.270	1,0%	-7,2%
Magallanes	11.705	1,3%	8.193	1,2%	-30,0%
Total	913.005	100%	701.995	100%	-23,1%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del FONASA.

Tabla 12. Distribución de GRD en prestadores públicos, por actividad y previsión, periodo 2019-2020.

Previsión	CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)				HOSPITALIZACIÓN				Total Sistema			
	2019		2020		2019		2020		2019		2020	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
FONASA	134.224	99,1%	79.072	99,3%	883.130	96,7%	684.144	97,4%	1.017.354	97,0%	763.216	97,6%
ISAPRE	333	0,2%	202	0,3%	9.984	1,1%	7.660	1,1%	10.317	1,0%	7.862	1,0%
PARTICULAR	471	0,3%	228	0,3%	13.212	1,4%	6.272	0,9%	13.683	1,3%	6.500	0,8%
FF.AA.	126	0,1%	107	0,1%	3.433	0,4%	3.224	0,5%	3.559	0,3%	3.331	0,4%
No Identificado/ No Identificado	326	0,2%	28	0,0%	3.316	0,4%	975	0,1%	3.642	0,3%	1.003	0,1%
Total	135.480	100%	79.637	100%	913.075	100%	702.275	100%	1.048.555	100%	781.912	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del FONASA.

5.- ANÁLISIS DE LA COMPRA DE FONASA HACIA PRESTADORES DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS.

Como señalamos a contar del año 2020, Fonasa incorporó en el presupuesto sectorial la compra de prestaciones mediante GRD en 65 hospitales de la red pública de salud. Continuando con la experiencia desarrollada con los prestadores privados desde 2015. El GRD es una herramienta de gestión clínica y financiera largamente utilizada en los distintos sistemas de salud del mundo que permite ordenar la infinidad de diagnósticos y procedimientos que se realizan en las prestaciones hospitalarias dentro de los establecimientos de salud.

Asimismo, los establecimientos de la red pública también poseen distintas estructuras de costos, cartera de servicios y referencias dentro de la red que obligó a Fonasa a equilibrar el precio de transferencia en 5 grupos de establecimientos (clúster) tomando en consideración el costo promedio de los establecimientos clasificados según 3 variables (complejidad, nº de camas y asignación de zona en RR.HH.), (Tabla 13).

Tabla 13. Precios de Compra Establecimientos Públicos; Fonasa 2020 - 2022

GRUPO DE ESTABLECIMIENTOS (CLÚSTER)	PRECIO 2020	PRECIO 2021	PRECIO 2022
A. HOSPITALES GENERALES	$ 2.028.261	$ 2.073.897	$ 2.165.148
B. HOSPITALES COMPLEMENTARIOS	$ 1.941.168	$ 1.984.844	$ 2.072.177
C. ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS	$ 2.398.816	$ 2.452.789	$ 2.560.712
D. INSTITUTOS DE ALTA COMPLEJIDAD	$ 2.538.498	$ 2.595.614	$ 2.709.821
E. ESTABLECIMIENTOS COMPLEJOS ZONA AUSTRAL	$ 2.814.272	$ 2.877.593	$ 3.004.207

Fuente: Elaboración propia en base a datos del FONASA.

A nivel de los establecimientos privados, la compra se realiza mediante los precios ofertados por dichos establecimientos en licitaciones públicas. A la fecha se han realizado 3 licitaciones, la última licitación adjudicada en 2019 donde a partir de experiencias anteriores se ha logrado ir ajustando el modelo de compra últimamente estructurado con 3 bandas de precio en función del peso relativo resultante del grupo GRD (Tabla 14).

Tabla 14. Precios de Compra Establecimientos Privados; Fonasa 2019 – 2022

PRECIO	PR < 1,5	1,5 < PR < 2,5	PR > 2,5
MÍNIMO	$ 1.500.000	$ 2.150.000	$ 4.496.000
MÁXIMO	$ 2.150.000	$ 3.200.000	$ 5.000.000
PROMEDIO	$ 1.969.333	$ 2.931.309	$ 4.867.534
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	$ 264.422	$ 351.843	$ 155.841

Fuente: Elaboración propia en base a datos Mercado Público.

Sin embargo, el financiamiento que otorga Fonasa a los 65 establecimientos que participan del programa GRD es mayor que el asignado anualmente mediante los convenios de gestión. Por lo tanto, si estimamos el costo promedio por grupo, producto de las actividades que han desarrollado dichos establecimientos, el precio transferido realmente por Fonasa va desde los $2.579.000 en 2019 hasta los $4.841.252 por egreso en 2021 (Tabla 15).

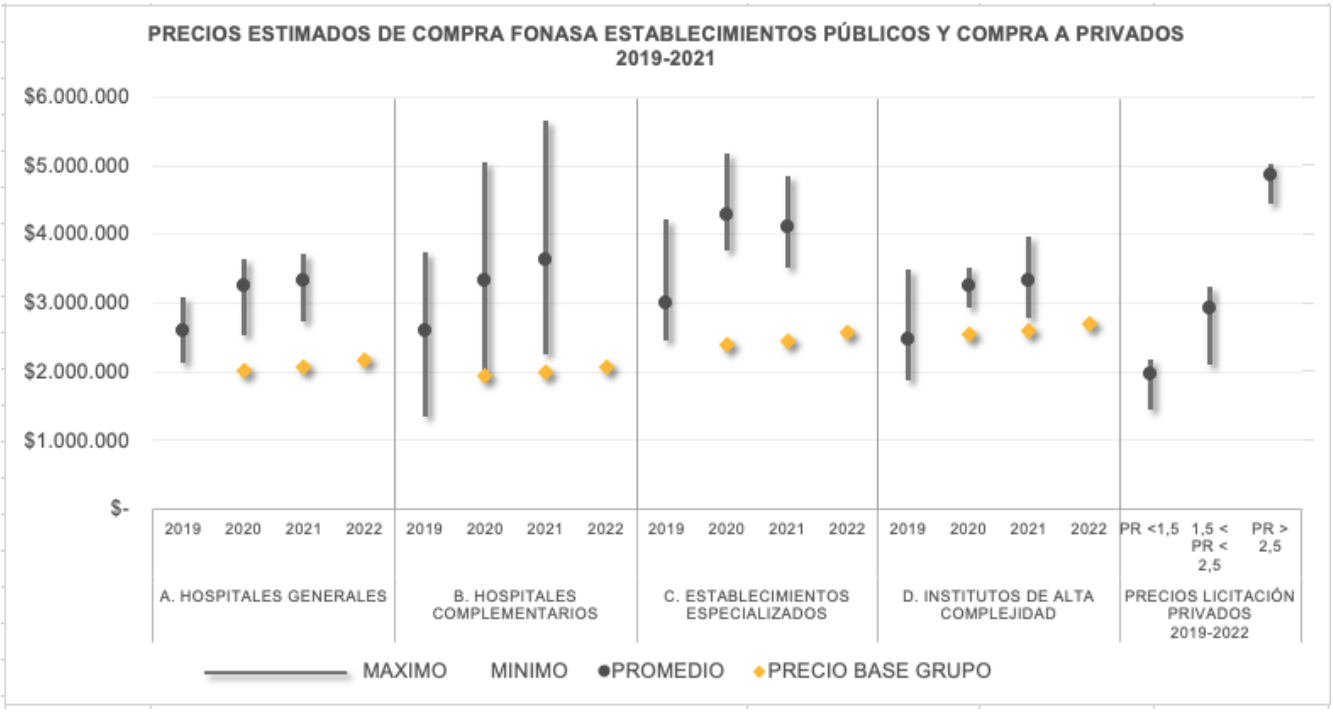
Tabla 15. Estimación Precios Promedio de Compra a Establecimientos Públicos Fonasa 2019 – 2021 según gasto financiado subtítulos 21 y 22 (*)

GRUPO DE ESTABLECIMIENTOS (CLÚSTER)	E-PRECIO 2019	E-PRECIO 2020	E-PRECIO 2021
A. HOSPITALES GENERALES	$ 2.602.392	$ 3.275.219	$ 3.429.082
B. HOSPITALES COMPLEMENTARIOS	$ 2.606.211	$ 3.265.868	$ 3.573.693
C. ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS	$ 3.120.178	$ 4.455.348	$ 4.206.179
D. INSTITUTOS DE ALTA COMPLEJIDAD	$ 2.579.623	$ 3.286.231	$ 3.528.844
E. ESTABLECIMIENTOS COMPLEJOS ZONA AUSTRAL	$ 3.319.579	$ 4.595.962	$ 4.841.252

Fuente: Elaboración propia en base a datos FONASA.
(*) considera como base de gasto hospitalario el 60% del gasto total realizado por los 65 Establecimientos pertenecientes al Programa 05 de Fonasa.

El gráfico 4 muestra la relación entre los precios estimados de compra en la red pública de salud, los precios de compra esperados a desarrollar en la red pública y los precios de licitación ofertados en 2019. Donde se puede observar que los precios de compra de la red pública difieren significativamente del financiamiento realmente transferido por Fonasa. Asimismo, se evidencia que el precio de compra de la red privada no es significativamente distinto salvo en aquellos casos que el Peso relativo que otorga GRD es mayor a 2,5 (condiciones definidas por Fonasa en 2019).

Gráfico 4. Precios estimados de compra FONASA a Establecimientos Públicos y Precios de Compra a Privados Licitación 2019-2021



Fuente: Elaboración propia en base a datos del FONASA y Mercado Público.

6.- CARACTERIZACIÓN DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS.

Para la comparación de la casuística resuelta por los establecimientos privados en comparación a la de la red pública, se ha solicitado la colaboración a la Clínica Dávila y a la Clínica Indisa que entre los años 2019 y 2020 resolvieron la atención de 2.859 beneficiarios de Fonasa (Tabla 16).

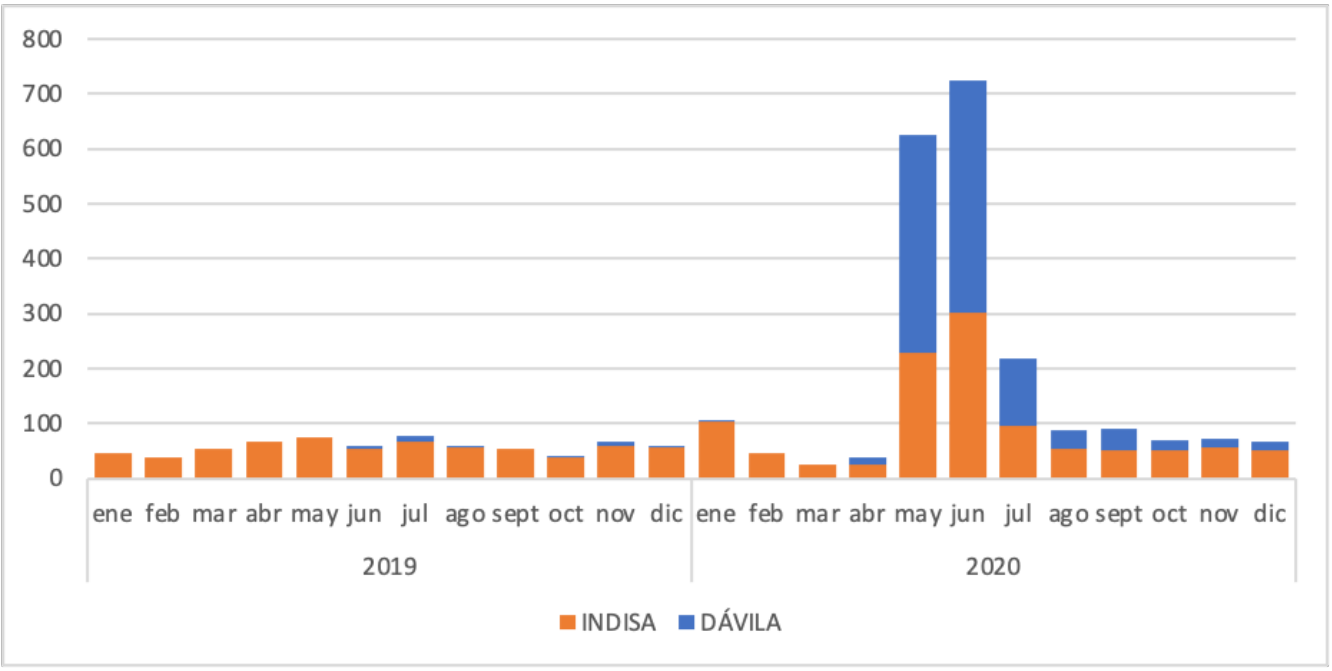
Tabla 16. Egresos Establecimientos Privados a Analizar 2019 – 2020

	2019	2020	2019-20
CLÍNICA DÁVILA	32	1.075	1.107
CLÍNICA INDISA	665	1.087	1.752
TOTAL EGRESOS	697	2.162	2.859

Fuente: Elaboración propia en base a información entregada por los prestadores.

Las atenciones realizadas por ambas clínicas tuvieron un peak importante de atenciones producto de la pandemia del Covid19 en los meses de mayo, junio y julio de 2020.

Gráfico 5. Número de Atenciones a Beneficiarios Fonasa Clínica Dávila y Clínica Indisa Convenios GRD 2019-2020



Fuente: Elaboración propia en base a información entregada por los prestadores.

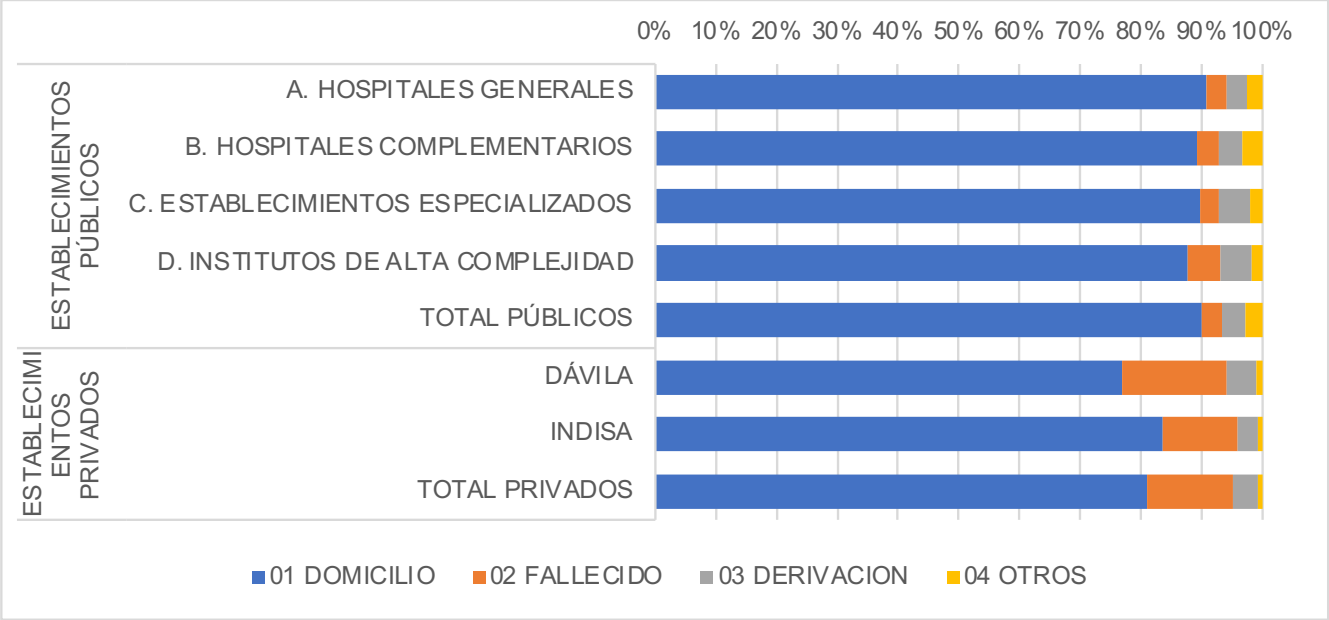
Una de las comparaciones que se realizará tiene relación con el tipo de alta que se logra en la atención (Tabla 17). Donde es posible identificar una alta tasa de fallecidos en los establecimientos privados (Gráfico 6). Esto, producto de la diferencia de complejidad de los casos que son derivados a la red privada en comparación con la red pública. Esto queda evidenciado en el Gráfico 7 donde la composición de casos cuyo peso relativo se encuentra tanto entre 1,5 y 2,5, como en aquellos casos donde el peso relativo es mayor a 2,5; tienen una mayor participación los casos resueltos por los establecimientos privados. Hay que señalar en todo caso que por normativa las clínicas privadas no pueden seleccionar el perfil de los pacientes derivados por las licitaciones de GRD.

Tabla 17. Egresos Hospitalarios 2019 – 2020 por Tipo de Alta

COMPOSICIÓN EGRESOS	01 DOMICILIO	02 FALLECIDO	03 DERIVACIÓN	04 OTROS
A. HOSPITALES GENERALES	678.904	24.779	25.343	18.990
B. HOSPITALES COMPLEMENTARIOS	634.129	25.520	27.514	23.180
C. ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS	56.077	1.843	3.228	1.299
D. INSTITUTOS DE ALTA COMPLEJIDAD	28.177	1.732	1.638	550
TOTAL PÚBLICOS	1.397.287	53.874	57.723	44.019
DÁVILA	851	190	55	11
INDISA	1.463	217	59	13
TOTAL PRIVADOS	2.314	407	114	24

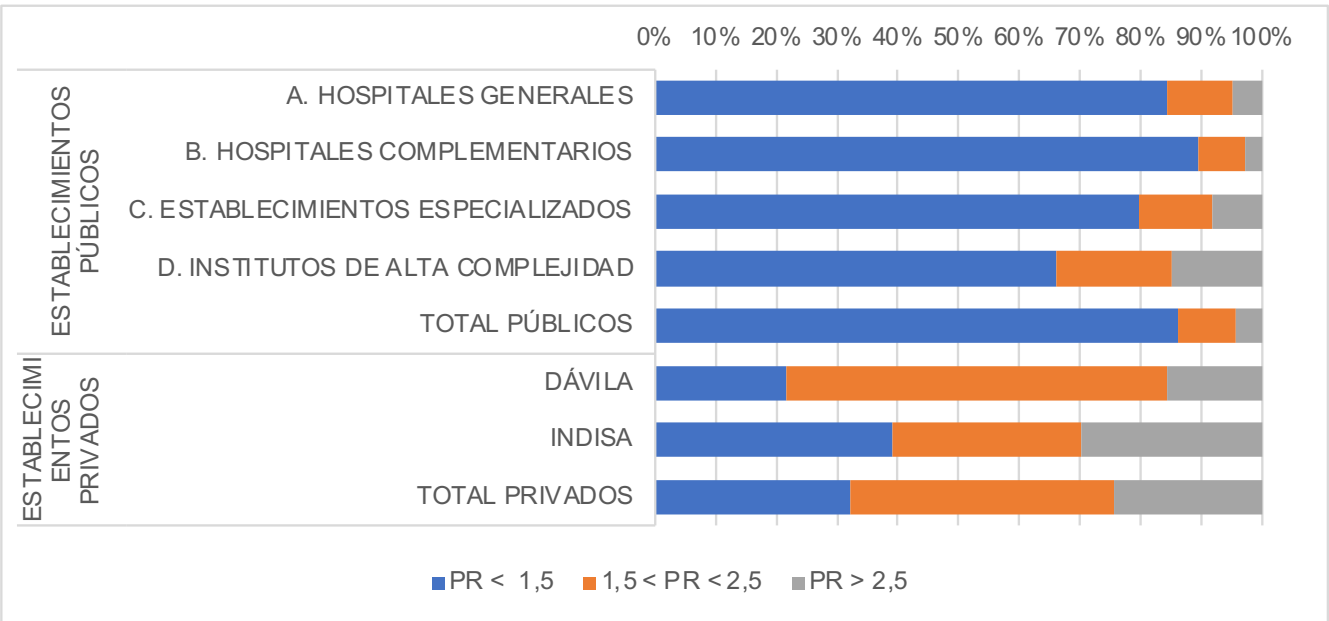
Fuente: Elaboración propia en base a información entregada por los prestadores y Datos FONASA, excluyendo los datos de los establecimientos complejos zonas austral por su baja representatividad.

Gráfico 6. Egresos Hospitalarios 2019-2020 por Tipo de Alta



Fuente: Elaboración propia en base a información entregada por los prestadores y Datos FONASA, excluyendo los datos de los establecimientos complejos zonas austral por su baja representatividad.

Gráfico 7. Egresos Hospitalarios 2019-2020 por Clasificación Peso Licitación



Fuente: Elaboración propia en base a información entregada por los prestadores y Datos FONASA, excluyendo los datos de los establecimientos complejos zonas austral por su baja representatividad.

6.1.- ANÁLISIS COMPARATIVO EGRESOS HOSPITALARIOS HOSPITALES PÚBLICOS VS CLÍNICAS DÁVILA E INDISA

Debido a lo expuesto en el punto anterior, se presenta un análisis considerando las atenciones realizadas de manera más significativa en las clínicas de referencia, donde los 12 grupos GRD que concentran el mayor número de atenciones representan el 79% del total de las atenciones realizadas (Tabla 18).

Tabla 18. Grupos GRD a analizar periodo 2019-2020

GRUPO GRD	NOMBRE GRD	DÁVILA	INDISA	TOTAL
4415	MH INFECCIONES E INFLAMACIONES RESPIRATORIAS	639	361	1000
4102	PH VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA SIN TRAQUEOSTOMÍA	109	232	341
4416	MH NEUMONÍA SIMPLE Y TOS FERINA	155	59	214
14610	PH CESÁREA	2	166	168
4101	PH VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA CON TRAQUEOSTOMÍA	49	86	135
4120	PH PROCEDIMIENTOS NO COMPLEJOS SOBRE APARATO RESPIRATORIO	41	64	105
15812	MH NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 GR SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	1	71	72
15813	MH NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 GR SIN PROCEDIMIENTO MAYOR		59	59
15811	MH NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 GR SIN PROCEDIMIENTO MAYOR		57	57
5140	PH PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTÁNEOS	1	39	40
5120	PH OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE APARATO CIRCULATORIO	2	34	36
15817	MH NEONATO, PESO AL NACER >2499 GR SIN PROCEDIMIENTO MAYOR		31	31
	SUBTOTAL MUESTRA COMPARADA	999	1259	2258
	%	90%	72%	79%
	TOTAL EGRESOS CODIFICADOS	1107	1752	2859

Fuente: Elaboración propia en base a información entregada por los prestadores privados

Con la información del sitio de datos abiertos de Fonasa se ha identificado el número de atenciones que realizó la red pública en los años 2019 y 2020 y que resultaron en los mismos 12 grupos GRD. Así, las atenciones realizadas en la red pública alcanzaron un total de 239.559 egresos hospitalarios representativos de un 15% del total de los egresos de la red pública (Tabla 19).

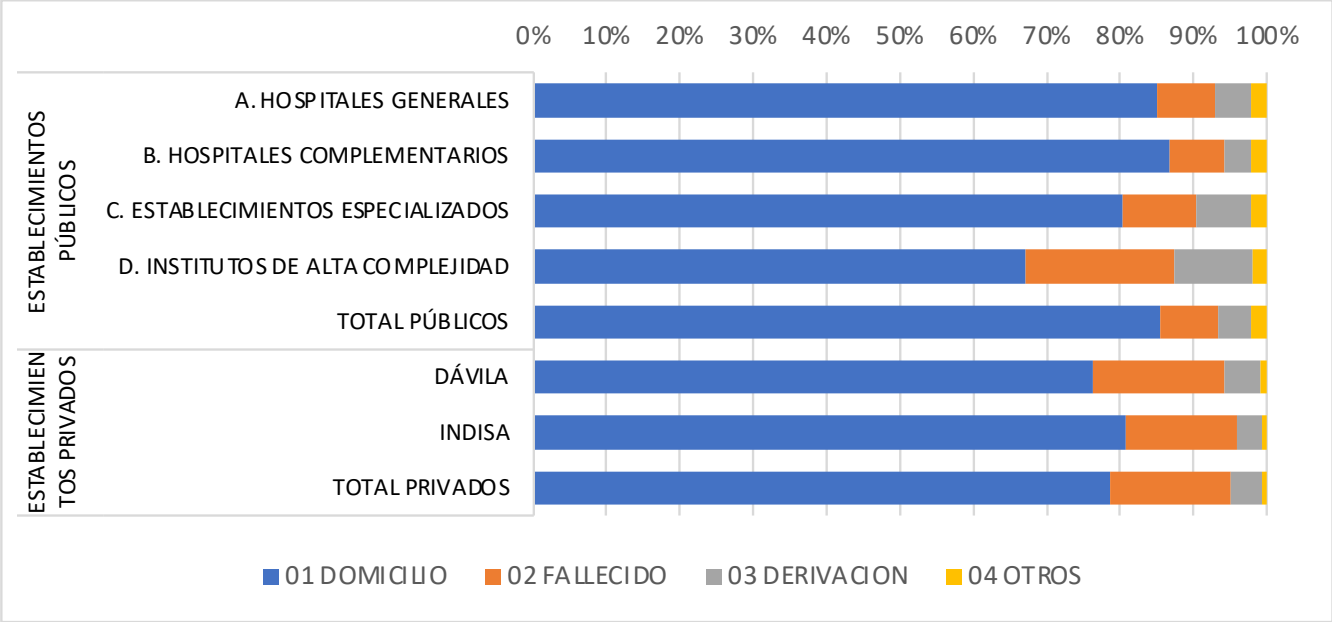
Tabla 19. Grupos GRD a analizar periodo participación dentro del total egresos beneficiarios Fonasa 2019-2020

	GRUPO ANÁLISIS	% MUESTRA
A. HOSPITALES GENERALES	112.711	15%
B. HOSPITALES COMPLEMENTARIOS	116.722	16%
C. ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS	6.165	10%
D. INSTITUTOS DE ALTA COMPLEJIDAD	3.961	12%
TOTAL PÚBLICOS	239.559	15%
DÁVILA	999	90%
INDISA	1.259	72%
TOTAL PRIVADOS	2.258	79%

Fuente: Elaboración propia en base a información entregada por Dávila e Indisa y datos FONASA

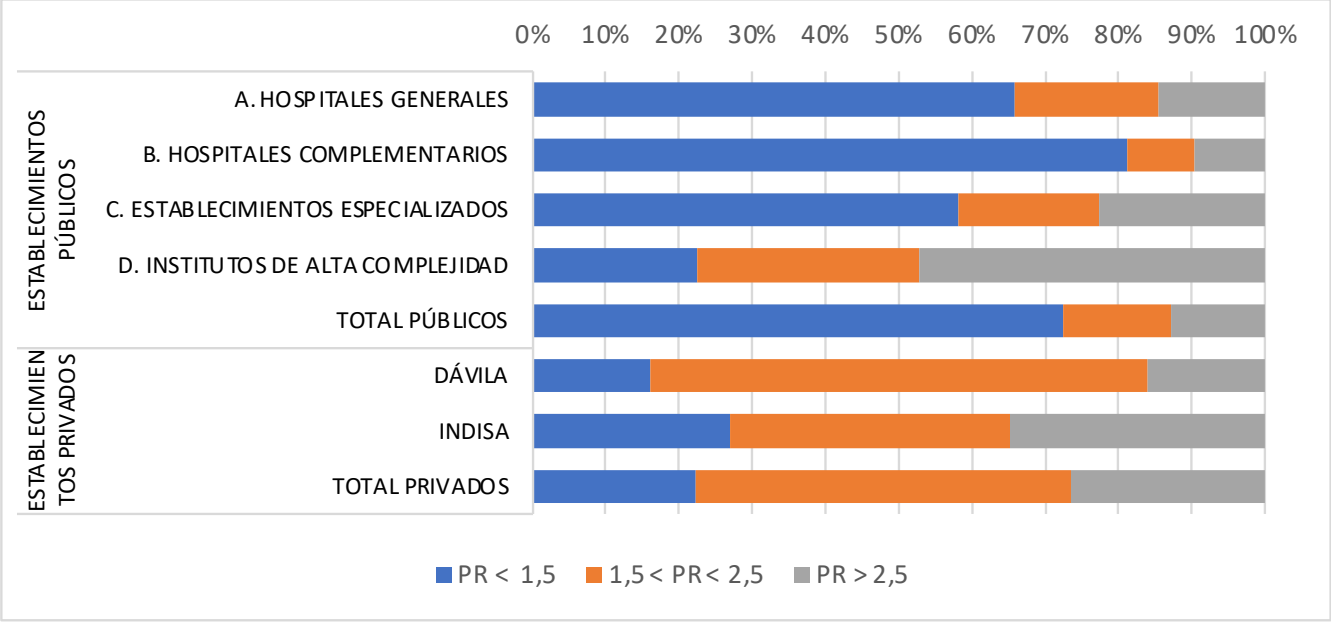
Al analizar el tipo de alta de los egresos comparables entre la red pública y la red privada, el comportamiento de las clínicas es similar al de los establecimientos públicos clasificados en el grupo de Institutos de Alta Complejidad (Gráfico 8). Situación similar si se considera el peso relativo resultante entre los grupos GRD donde la mayor cantidad de casos resulta entre los pesos 1,5 a 2,5 y sobre 2,5 (Gráfico 9).

Gráfico 8. Composición Egresos Hospitalarios muestra 2019-2020 por tipo de alta.



Fuente: Elaboración propia en base a información entregada por los prestadores y Datos FONASA

Gráfico 9. Composición Egresos Hospitalarios muestra 2019-2020 por Clasificación Peso Licitación.



Fuente: Elaboración propia en base a información entregada por los prestadores y Datos FONASA

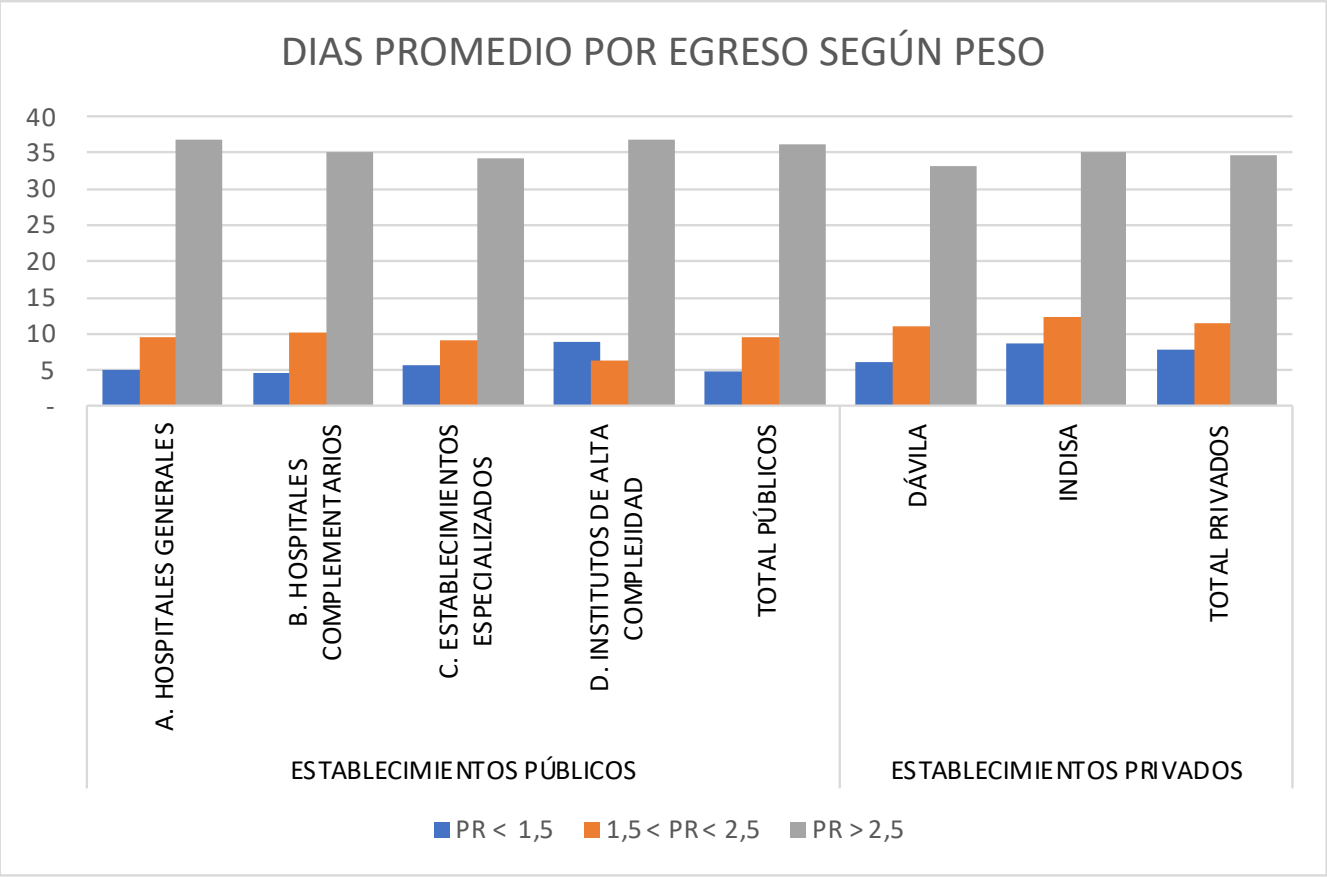
Otra característica importante a analizar es el comportamiento del promedio de días de estada en las atenciones hospitalarias realizadas. Donde se puede ver que en los grupos GRD con peso relativo menor a 1,5 y entre 1,5 y 2,5 la red privada presenta entre un 64% y un 20% más de días de estada. Mientras que en el grupo con peso relativo sobre 2,5 las clínicas privadas tienen un 4% menos de días de estada.

Tabla 20. Promedio días de estada por egreso hospitalario según clasificación licitación privada GRD Fonasa Datos muestra comparable Públicos y Clínicas de referencia 2019-2020

	PROMEDIO DÍAS DE ESTADA	PR < 1,5	1,5 < PR < 2,5	PR > 2,5	TOTAL
ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS	A. HOSPITALES GENERALES	5,1	9,5	36,9	10,6
	B. HOSPITALES COMPLEMENTARIOS	4,5	10,3	35,1	8,0
	C. ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS	5,6	9,2	34,1	12,8
	D. INSTITUTOS DE ALTA COMPLEJIDAD	8,9	6,4	36,9	21,4
	TOTAL PÚBLICOS	4,8	9,6	36,1	9,6
ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS	DÁVILA	6,1	11,0	33,3	13,8
	INDISA	8,7	12,3	35,1	19,3
	TOTAL PRIVADOS	7,9	11,5	34,6	16,8
	Var Privados / Públicos	64%	20%	-4%	

Fuente: Elaboración propia en base a información entregada por los prestadores y Datos FONASA

Gráfico 10. Promedio días de estada por Egreso Hospitalario según clasificación licitación privada GRD Fonasa. Datos muestra comparable Públicos y Clínicas de referencia 2019-2020



Fuente: Elaboración propia en base a información entregada por los prestadores y Datos FONASA

7.- CONCLUSIONES

1. Consistente con lo señalado en nuestro tercer informe, el último reporte ministerial de listas de espera, del 30 de junio del 2022, demuestra lo infructuoso que han resultado los esfuerzos del actual gobierno y FONASA en reducirlas. De hecho respecto del informe del 31 de diciembre del 2021 con 2.025.979 personas en espera, han crecido en 81.152 los casos de espera en consultas nuevas de especialistas NO-GES, en 16.579 los casos en espera para una cirugía NO-GES y en 13.084 los casos en espera por las patologías GES. Incrementos que estructuralmente vuelven las listas y tiempos de espera en una crisis sanitaria de proporciones históricas en nuestro sistema de salud, a lo que hay que agregar 20.694 personas reportadas como fallecidas estando en las listas de espera en el período de enero a junio del año 2021 pero informadas este 2022.

2. Por su parte, entre los años 2013 y 2021, los ingresos del FONASA han aumentado en un 11,1% real promedio anual, superior a la tasa de crecimiento de las ISAPREs en 2,7 veces (4,1% anual). Esta fuerte expansión de los ingresos del FONASA generó que los ingresos per cápita de sus beneficiarios hayan crecido en un 8,4% real anual v/s la de los asegurados de ISAPRES que crecieron un 3,2% real anual, lo cual ha permitido la disminución de la relación por beneficiario ISAPRE/FONASA desde 1.81 veces a solo 1.36 veces ($ 992 mil anuales en ISAPREs v/s $ 728 mil anuales en FONASA en el año 2021). Y si nos remontamos al año 1990 respecto del 2021, se obtiene que la relación entre los ingresos per cápita ISAPRE/FONASA ha disminuido desde 2,75 a 1,36 veces en tres décadas, reflejando el esfuerzo del país para disminuir las brechas entre ambos sistemas. Esto, a pesar de que la población de FONASA sigue teniendo un mayor diferencial de riesgo que la población de ISAPREs.

3. A su vez, en el período 2013-2020, el gasto en prestaciones del FONASA y las ISAPRES crecieron anualmente en promedio un 8,9% y un 1,9%; con lo que el gasto per cápita en prestaciones del FONASA y las ISAPRES crecieron en promedio un 6,3% y un 0,8%. Por consiguiente en el año 2020, la relación de gasto en prestaciones per cápita ISAPRES y FONASA fue de 1.01, es decir, prácticamente iguales ($ 586 mil anuales en ISAPREs v/s $ 581,6 mil anuales en FONASA).

4. En el caso del Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) para el mismo período 2013-2020, el gasto en el FONASA y las ISAPRES crecieron anualmente en promedio un 18,2% y un 14,8%, al punto que el año 2020 en el FONASA este gasto se consumió casi 3 puntos de los 7 puntos porcentuales de cotizaciones y en las ISAPREs 2,5 puntos de los 7 de cotización. Adicionalmente, en el mismo período de análisis, se obtiene que la relación entre los gastos SIL per cápita del FONASA y las ISAPRES han disminuido desde 3,26 a 3,06 veces, lo que se explica fundamentalmente por un mayor incremento del gasto del FONASA en el SIL.

5. Dado este aumento de ingresos y gastos en nuestro sistema de salud y al hecho de que en particular los gastos en prestaciones se han igualado entre los beneficiarios de ISAPREs y FONASA, se hace necesario y más urgente que nunca aplicar mecanismos e incentivos que permitan hacer un mejor uso de los recursos disponibles y que nos permitan resolver los problemas de salud, especialmente las listas de espera, definiendo donde es más económico y eficiente comprar las prestaciones hospitalarias que necesitan los beneficiarios del FONASA, así como se hizo en los momentos más críticos de la pandemia por COVID-19. Es por ello que desde el 2015 en licitaciones de compras de prestaciones hospitalarias al sector privado y en la ley de presupuesto del sector público del año 2020, se incorporó un programa de financiamiento en la partida 16 del Ministerio de Salud en el capítulo correspondiente a Fonasa que se denominó: "Financiamiento a Hospitales por Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD)". Este mecanismo de registro clínico y compra permite alinear la gestión clínica con una asignación eficiente de los recursos públicos, ya que relaciona el gasto con el nivel de actividad y severidad de los pacientes e incluye los incentivos a mejorar el acceso y oportunidad de la atención, haciendo comparabale la actividad asistencial de los diferentes establecimientos hospitalarios, habida consideración al mix de prestaciones que cada uno realiza.

6. Sin embargo, ya que los GRDs, presupuestariamente, llevan menos de tres años de implementación en el sistema público, tiempo en el cuál además se ha visto afectada por la pandemia del COVID-19 y dada la falta de completitud de la data pública y privada, es muy difícil obtener información que

nos permita ser concluyentes. No obstante lo anterior, el análisis de los datos disponibles, junto con la colaboración de las clínicas Dávila e Indisa, nos muestra la potencialidad que puede darnos en el futuro cercano el uso y seguimiento de los GRDs como un mecanismo de compra del FONASA.

7. De hecho FONASA desde el inicio de la implementación de los GRDs, habida consideración a que los establecimientos de la red pública poseen distintas estructuras de costos, cartera de servicios y referencias dentro de la red asistencial; se vio obligado a equilibrar el precio de transferencia o compra en cinco grupos de establecimientos o clúster, tomando en consideración el costo promedio de los establecimientos clasificados según 3 variables (complejidad, nº de camas y asignación de zona en RR.HH.), que van desde $1.941.168 por egreso en los hospitales complementarios en el 2020 hasta $3.004.207 por egreso en los establecimientos complejos de la zona austral en el 2022. En el caso de los establecimientos privados, la compra se realiza mediante los precios ofertados por dichos establecimientos en licitaciones públicas (la última adjudicada en 2019), con 3 bandas de precio en función del peso relativo resultante del grupo GRD. Con todo, el financiamiento que otorga Fonasa a los 65 establecimientos que participan del programa GRD es mayor que el asignado anualmente mediante los convenios de gestión. Por lo tanto, si estimamos el costo promedio por clúster, producto de los egresos que efectivamente han realizado dichos establecimientos, el precio transferido realmente por Fonasa es más alto y van desde los $2.579.623 en los Institutos de Alta Complejidad, que por una mayor actividad relativa que la de los hospitales complementarios obtuvieron este valor en el 2019, hasta los $4.841.252 por egreso en los establecimientos complejos de la zona austral en el 2021; valores que tampoco incluyen los costos de inversión o amortización de capital del sistema público. De este modo, al observar la relación entre los precios estimados de compra en la red pública de salud, los precios de compra esperados a desarrollar en la red pública y los precios de licitación a privados ofertados en 2019, se puede observar que los precios de compra de la red pública difieren significativamente del financiamiento realmente transferido por Fonasa y respecto de estos últimos, se evidencia que el precio de compra de la red privada no es significativamente distinto, o mejor dicho resulta inclusive más económico sobre todo en los egresos cuyo peso relativo es menor a 2,5 y que constituyen el 95,7% de todos los egresos públicos en los años 2019 y 2020. En cambio en aquellos casos que el peso relativo que otorga GRD es mayor a 2,5, que representan solo al 4,3% de todos los egresos públicos, los precios son más caros; aún sin considerar como hemos dicho, que los precios privados sí incluyen los costos de infraestructura y mantención del equipamiento a diferencia de los públicos que no lo hacen, lo que haría que esta diferencia en favor de los privados disminuyera.

8. Dado estos interesantes hallazgos, lo relevante pasó a ser la comparación de la casuística resuelta por los establecimientos privados respecto a la de la red pública, y ante la falta de información disponible en datos abiertos por parte del FONASA, se solicitó la colaboración a la Clínica Dávila y a la Clínica Indisa, instituciones que han tenido un largo historial de convenios con el sistema público y que entre los años 2019 y 2020 resolvieron la atención de 2.859 beneficiarios de Fonasa con GRD. Respecto del tipo de alta que se logra en la atención, es posible identificar una alta tasa de fallecidos en las clínicas privadas, lo que se explica porque los casos cuyo peso relativo se encuentra entre 1,5 y 2,5 o mayor a 2,5, es decir, casos más graves, por derivación de la red pública resultaron mucho más frecuentes en los casos resueltos por estos establecimientos. Complementariamente, se procedió a analizar las atenciones más frecuentes en las clínicas de referencia, en donde 12 grupos GRD concentran el 79% del total de las atenciones realizadas. Con la información del sitio de datos abiertos de Fonasa se identificó el número de atenciones que realizó la red pública en los años 2019 y 2020 en los mismos 12 grupos GRD, con un total de 239.559 egresos hospitalarios representativos de un 15% del total de los egresos de la red pública. Al analizar el tipo de alta de los egresos comparables entre la red pública y la red privada, el comportamiento de las clínicas es similar al de los establecimientos públicos clasificados en el grupo de Institutos de Alta Complejidad. Situación similar si se considera el peso relativo resultante entre los grupos GRD, donde la mayor cantidad de casos resulta entre los pesos 1,5 a 2,5 y sobre 2,5. En cuanto al comportamiento del promedio de días de estada en las clínicas privadas, se puede ver que en los grupos GRD con peso relativo menor a 1,5 y entre 1,5 y 2,5, estas presentan entre un 64% y un 20% más de días de estada. Esto tiene su explicación en lo complejo que resultó coordinar desde los equipos de las clínicas privadas una serie de beneficios públicos adicionales como indicaciones de oxígeno domiciliario o diálisis, entre otras acciones, antes de poder dar de alta a los pacientes. Mientras que en el grupo de pacientes con peso relativo sobre 2,5 las clínicas pri-

vadas tuvieron un 4% menos de días de estada. En síntesis, el mix de egresos de las clínicas privadas resultó más comparable al clúster de los institutos de alta complejidad de la red pública y en algunas variables podría haber justificado valores más caros de compra y no explican que, al contrario, hayan resultado ser más económicos o similares.

9. En consecuencia parece muy recomendable, necesario y urgente que el gobierno y el FONASA junto a las instituciones reguladoras de nuestro sistema de salud, como parte de una Política de Estado, expandan el uso de los GRDs en todos los prestadores hospitalarios tanto públicos como privados y se genere una gobernanza de datos públicos y una renovación de los datos abiertos del FONASA, que incluya los costos y acceso a las atenciones de salud que reciben sus beneficiarios. Esto permitiría a los distintos poderes del Estado, universidades y opinión pública, hacer transparente el seguimiento de una gestión basada en resultados y de una evaluación del uso eficiente de los recursos públicos por parte de la red hospitalaria.

10. Finalmente, respecto a la similitud encontrada en la gran mayoría de los precios de compra público v/s privado, resultaría urgente dada la crisis sanitaria en la que nos encontramos por las listas de espera que afectan a los beneficiarios del FONASA y en especial a su población más pobre y vulnerable, que los GRDs como mecanismo de compra tendieran a homogenizarce en el costo de la atención clínica, separando los costos de oportunidad y de capital, permitiendo así el desarrollo y sostenibilidad de una complementariedad público-privada basada exclusivamente en la resolución de los principales problemas de salud de la población beneficiaria del FONASA y no en su impedimento por barreras de corte ideológico. Los constantes aumentos en las listas y tiempos de espera entre 2016-2022, nos demuestran que el sector público prestador ha sido y será completamente incapaz de resolverlas, toda vez que los costos actuales de la red pública hospitalaria incluyen niveles de ineficiencia que de mantenerse hacen insostenible el desarrollo del nuevo Sistema Nacional de Salud y del Fondo Único de Salud, tal como se proponen, y como ya hemos señalado en los anteriores informes, sin acometer primero las necesarias reformas estructurales al sistema público prestador.