



# Sustentabilidad Financiera del Sistema Público de Salud:

## Estableciendo las bases de un nuevo sistema de financiamiento y de gestión

Febrero 2018

Departamento de Asignación de Recursos  
División de Presupuesto  
Subsecretaría de Redes Asistenciales



# ÍNDICE

<b>1. Antecedentes</b>	<b>4</b>
<b>2. Nuevas Reglas de Gestión para el Sistema Público de Salud</b>	<b>6</b>
2.1. Creación de Directorios de Compras Macroregionales.	6
2.2. Incorporación de nuevas glosas presupuestarias para los procesos de compras de bienes y servicios	7
2.3. Impulsar la Agregación de Demanda para la Optimización del Gasto en Bienes y Servicios de consumo	8
2.4. Aprovechamiento de los beneficios de los Convenios Marcos existente.	9
2.5. Proveer a la red de Bases de Licitación tipo	9
<b>3. Avanzando en el establecimiento de Políticas y mecanismos de asignación de recursos públicos en Salud para nuevos desafíos de sostenibilidad, equidad y eficiencia</b>	<b>10</b>
3.1. Medidas incorporadas en el proyecto de Ley de Presupuesto para el año 2018	10
3.2. Medidas de Gestión Financiera	14

## 1. ANTECEDENTES

Este Gobierno se ha abocado a construir los cimientos de una nueva salud pública, con mejor acceso, calidad y dignidad en la atención y eso implica un mayor uso de recursos que también se ha traducido en beneficios para la población, como por ejemplo la disminución de las personas en listas de espera, además de disminuir los tiempos de espera de esas personas, y mayor respuesta a situaciones críticas como por ejemplo Hanta Virus, trasplantes, mayor compensación de pacientes crónicos, mayor número de niños libres de caries, entre otros.

El programa de Gobierno, es el más ambicioso de la historia de la Salud Pública chilena en fortalecimiento de Atención Primaria de Salud (APS), formación de especialistas, infraestructura sanitaria, acceso a medicamentos y calidad del trabajo en salud pública.

Nuestro diagnóstico, apunta a que las razones por las que no se ha podido avanzar más rápido tienen relación con brechas estructurales del Sistema de Salud Público de Chile, que hemos abordado en este periodo de Gobierno:

- i. Brecha en Recursos Humanos**, por lo que hemos aumentado la cantidad de Médicos y Especialistas en la APS y Hospitales;
- ii. Brechas de infraestructura y equipamiento**, para ello contamos con el plan de inversiones, y la modificación en la composición y complejidad de camas y disponibilidad de pabellones, por ejemplo;
- iii. Brechas de financiamiento**, aunque el gasto público en salud ha tenido un incremento sostenido recién en el año 2015 por primera vez alcanza el 4% del PIB y en el año 2016 por primera vez el gasto público en Salud supera el gasto privado (4,3 versus 4,2% del PIB). Esto es bajo comparado con la recomendación de la OMS (6% del PIB) y de los países de la OCDE. Implica que el gasto per cápita en salud en Chile es de 1.563 dólares comparado con el promedio de la OCDE de 3.387 dólares por persona como gasto corriente (2014); y
- iv. Brechas de gestión**, ahí hemos tomado medidas legales y administrativas para corregir la compra desregulada a privados y sociedades médicas, mejora en la gestión de fármacos y revisión de modelos de atención, por ejemplo, en las Unidades de Emergencia Hospitalaria.

En nuestro país, el 75,2% de la población pertenece al Seguro Público y cuenta con un per cápita de \$411.720 al año 2014, en cambio el 18,5% de la población se atiende en el sistema privado y cuenta con un per cápita de \$1.146.336. O sea, un 64% más.

A pesar de todo esto, este Gobierno ha hecho un esfuerzo inédito por avanzar en el cierre de estas brechas y eso implica invertir en salud, y nuestro énfasis ha estado en la calidad del gasto en salud, transparente y eficiente, también en forma histórica.

En relación al gasto público en salud, en el sistema de salud chileno se ha observado un crecimiento sostenido, este crecimiento, tal como se indicó, tiene características estructurales, en el sentido que es una tendencia instalada y no se presenta por causas estacionales o cíclicas, sino más bien, en una brecha por un exceso en el crecimiento del gasto corriente u operacional, que no se expresa en los aumentos presupuestarios que cada año se consignan en la Ley de Presupuestos del Sector Público. Este desajuste entre el gasto real operacional de cada año y los marcos presupuestarios se traduce en el sobregasto presupuestario y se expresa financieramente en el endeudamiento hospitalario.

Sin embargo, poner sólo la atención en la brecha financiera mediante aumentos presupuestarios y reasignaciones en el presupuesto anual, ha postergado la necesidad de reconocer que el proceso de formulación y asignación del presupuesto público requiere de transformaciones en el nivel de la ma-

cro asignación en la Ley de Presupuestos y en las transferencias y/o mecanismos de pago a las redes asistenciales del sistema público, hospitales y a la atención primaria y socio sanitaria.

Así, el carácter de estructural, lo define la tendencia sostenida del aumento del gasto y las carencias del modelo de gestión de las redes asistenciales. Ambos factores: financiamiento y gestión deben concurrir al mismo tiempo en la construcción de la solución. Por lo tanto, es evidente la necesidad de estudiar y asegurar las políticas y mecanismos de financiamiento y gestión de la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Servicios de Salud en el marco de espacios fiscales asociados a mayor gasto público con base en la norma de responsabilidad fiscal.<sup>1</sup>

Por otra parte, una asignación presupuestaria equitativa es la que contribuye a reducir las brechas en el acceso a la atención de salud en función de las características demográficas y no demográficas que se expresan en la relación población, territorio y los determinantes sociales de salud. Los recursos que anualmente se consignan en la Ley de Presupuestos deberían introducir las correcciones a la asignación presupuestaria histórica reduciendo las diferencias entre el gasto de salud por persona según factores críticos de salud y la demanda por servicios, además de incorporar a nivel territorial las acciones sanitarias de promoción, prevención y control de enfermedades.<sup>2</sup>

Existen estudios recientes<sup>3</sup> que muestran que el crecimiento del gasto público en Salud se origina en la concurrencia de factores asociados a la población, al mercado de factores productivos de salud y al modelo de atención y de gestión de la red asistencial y de sus establecimientos dependientes. Estos a su vez, se relacionan con los desajustes entre los mecanismos de presupuestación y los mecanismos de pago o transferencias a las redes asistenciales según el nivel de atención y la complejidad de la cartera de Servicios de Salud en red. Lo anterior concluye en la necesidad de una Reforma que modifique el sistema de pago e incentivos y de las reglas de asignación de los recursos en el sistema para apuntar a mayor eficiencia y equidad en el uso de los mismos.

Por otra parte, en los próximos 10 años se observará una demanda creciente de recursos asociada a la incorporación de nueva infraestructura, tecnología y de recursos humanos asociados al cumplimiento del Plan Nacional de Inversiones de Salud 2014-2018 del gobierno<sup>4</sup>.

Junto con lo anterior, se puede destacar que dentro de este periodo de gobierno, se ha incrementado la producción de consultas de especialidad en un 9%, los procedimientos médicos diagnósticos y terapéuticos en un 99%, la producción de telemedicina, la cirugía mayor ambulatoria en un 14%, la hospitalización diurna en un 71% y la hospitalización domiciliaria en un 26,5%. Así también, se ha incrementado la complejidad de las atenciones y la calidad de ellas, avanzando en acreditación. Pasamos de tener 1 establecimiento acreditado en 2010 a 128 en el 2017. Se Aprobó 6 nuevas leyes laborales que recién están implementación, se ha logrado disminuir los tiempos de espera para una consulta médica y para una cirugía.

En consecuencia, es evidente la necesidad de estudiar y asegurar las políticas y mecanismos de financiamiento y gestión de la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Servicios de Salud en el marco de espacios fiscales asociados a mayor gasto público con base en la norma de responsabilidad fiscal.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Ley N°20.128 de 2006. Ley sobre Responsabilidad Fiscal

<sup>2</sup> Op.cit

<sup>3</sup> Informe de la Misión PER (Public Expenditure Review) del Banco Mundial para el capítulo Sector Salud.

<sup>4</sup> Plan Nacional de Inversiones de Salud 2014-2018. Disponible en: <http://plandeinversionesensalud.minsal.cl/>

<sup>5</sup> Ley N°20.128 de 2006. Ley sobre Responsabilidad Fiscal

## 2. NUEVAS REGLAS DE GESTIÓN PARA EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

La Subsecretaría de Redes Asistenciales fijó y coordinó la aplicación de reglas de gestión para el Sistema Nacional de Servicios de Salud con el objetivo de establecer bases para un sistema de gestión basado en la eficacia y eficiencia en el uso de los recursos públicos. Asimismo, como consecuencia de ello se han emitido las respectivas indicaciones e instrucciones para facilitar una adecuada implementación y seguimiento de las medidas adoptadas o impulsadas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales y los Servicios de Salud. Esto se hizo en el marco de la normativa que gobierna la relación entre la Subsecretaría de Redes Asistenciales y cada uno de los Servicios de Salud del país, relación que se encuentra legalmente determinada, por una parte, por el carácter de servicios públicos descentralizados de estos últimos y, por otra, por la función y atribuciones de coordinación y articulación de la Red Asistencial que corresponden a dicha Subsecretaría, todo lo cual se expresa y enmarca en la relación de supervigilancia que el Ministerio tiene sobre los Servicios de Salud.

### 2.1. Creación de Directorios de Compras Macroregionales

Los Directorios de Compras Macroregionales, funcionan como una herramienta de gestión, siendo su función principal el, evaluar, asesorar y recomendar técnicamente sobre necesidades de bienes y servicios de los Servicios de Salud y sus establecimientos de la zona respectiva, proponiendo criterios y medidas a sus respectivos Directores/as, para ejecutar los recursos públicos asignados a cada institución en la forma más eficiente y eficaz posible.

Asimismo, son un apoyo para la programación sanitaria presupuestaria de la actividad de los Servicios de Salud, optimizando la compra a los prestadores públicos y privados.

Además, de una capacitación a los directivos de los Servicios de Salud, en proceso de compras públicas, con el apoyo de la Dirección de Compra y Contratación Pública (Chile Compra).

Durante el 2017, la implementación de los directorios de compra permitió la coordinación entre los Servicios de Salud de una misma macro red, para generar apoyos en la resolución de la lista de espera, prestaciones GES y No Ges, como también la implementación y monitoreo de las bandas de precio para la hora de reemplazo de médicos generales, médicos especialistas, subespecialistas, anestesiólogos y desempeño en unidad de paciente crítico.

Asimismo, se generó la instancia para la difusión e implementación de las compras conjuntas en la red, como mecanismos de eficiencia en el gasto, agregando demanda en la adquisición de insumos médicos, artículos de aseo, reactivos e insumos de laboratorio, mediante procesos de grandes compras por convenio marco o licitaciones consolidadas, que permitieron alcanzar ahorros hasta de un 24% sobre el precio obtenido de forma individual. Estas acciones generaron un impacto en la reducción del gasto en compra de servicio del año 2017 y servirán como base para el desempeño del 2018, donde se abordarán áreas de mayor impacto en el gasto.

Además de lo anterior, y con la finalidad de profundizar y establecer un diagnóstico permanente en la detección de necesidades y generación de mecanismos que permitan poner en práctica las mejoras que apunten a la eficiencia en el uso de los recursos públicos en materia de gasto de bienes y servicios de consumo, se fortalecieron las acciones que se ejecutan en materia de fármacos e insumos de salud y en compra de prestaciones, incorporando las siguientes modificaciones para el 2018 a la resolución que aprueba el Directorio de Compras:

- a. Se ha considerado la participación activa de actores estratégicos como Central de Abastecimiento y Dirección de Compras Públicas.
- b. Los Directorios de Compra deberán realizar un diagnóstico y análisis permanente del gasto en Fármacos e Insumos de Salud y Compra de Servicios de sus Servicios y establecimientos de la red, proponiendo mecanismos de mejoras en estos ámbitos.
- c. Los Directorios de Compras deberán monitorear el cumplimiento de las glosas presupuestarias relacionadas con fármacos y compras de Servicios.
- d. Los Directorios de compra deben instruir a la red sobre las medidas a implementar en pro de la eficiencia del gasto que deriven del diagnóstico y los acuerdos alcanzados en las sesiones, además monitorear su cumplimiento, retroalimentando a la Subsecretaría de Redes Asistenciales con respecto a los avances en dicha materia.

La incorporación de estos puntos, permitirá fortalecer la función de los Directorios de Compra como espacios de coordinación para la resolución de la atención de los usuarios, optimizando el uso los recursos, así como constituirse en una herramienta de gestión, para la eficiencia y eficacia en la administración los recursos.

## **2.2. Incorporación de nuevas glosas presupuestarias para los procesos de compras de bienes y servicios**

Dado que una parte importante del presupuesto público de los Servicios de Salud es destinada a la contratación de bienes de servicio y dentro del marco jurídico se necesitaba buscar los mecanismos que maximizaran la eficiencia y eficacia del gasto público, el 2017 la Subsecretaría de Redes Asistenciales junto al Ministerio de Hacienda establecieron un conjunto de Glosas Presupuestarias, las cuales tiene el objetivo de establecer reglas claras para restringir el accionar de los Servicios de Salud en el ámbito de la Compra de Servicios, además de contar con la información pertinente en este ámbito. Por lo ende, las estrategias que ha realizado la Subsecretaría de Redes Asistenciales en este período, se centraron en la formulación y monitoreo de las siguientes glosas:

### **a. Glosa 01 letra J "Banda de Precio"**

Esta Glosa establece que, la Subsecretaría de Redes Asistenciales determinará el valor único de cada Macro Zona, para la hora de reemplazo de aquellos profesionales contratados mediante Ley N°19.664 y para los contratados mediante Ley N° 15.076, contemplándose un valor hora basal promedio respecto a las remuneraciones en el sector por macro zona, con la finalidad de no generar distorsión en el mercado laboral para médicos generales, especialistas y/o subespecialistas debidamente inscritos en la Superintendencia de Salud y al desempeño en Unidades Crítico y de Urgencia Hospitalaria.

Si bien esta glosa es para el Subtítulo 21 a través de los servicios contratados por la modalidad de convenio con personas naturales, la Subsecretaría de Redes Asistenciales extendió la "banda de precio" para quienes realicen estas funciones por medio de compra de servicios (Subtítulo 22).

### **b. Glosa 02 letra e**

La glosa refuerza por medio de la Ley de Presupuesto que todos los Servicios de Salud deberán aplicar para la contratación de servicios con sociedades de profesionales de servicios de medicina u otra de similar naturaleza, los procedimientos establecidos en la Ley N°19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministros y Prestación de Servicios "Ley de Compras" restringiendo a los pro-

fesionales prestadores de tener de preferencia la calidad de titular o contrata en el Sistema Público de Salud; lo anterior para potenciar, incentivar y retener a los prestadores, como también dar mayor competitividad al sector.

Además, la glosa restringe las posibilidades de acudir al trato directo cuando se trata de la contratación de sociedades profesionales de servicios de medicina sólo “cuando no sea posible programar el servicio requerido”.

#### **c. Glosa 02 letra g, Canasta CEM CENABAST**

La Glosa 02 letra g, establece una alianza estratégica entre la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), para proporcionar al menos un 60% del gasto en medicamentos e insumos médicos de una canasta predeterminada. En el año 2017, donde se incorpora esta Glosa, la Subsecretaría en conjunto con CENABAST, definieron 178 medicamentos que componen la “canasta esencial de medicamentos”, los criterios de construcción de dicha canasta, se basaron en el alto consumo de la red asistencial, junto con la factibilidad técnica de CENABAST para responder y cumplir con la demanda programada establecida.

La glosa anteriormente descrita, establece por primera vez una obligación a la CENABAST de provisionar a los Servicios de Salud. La canasta CEM permanece constantemente en estudio y aumentando los medicamentos los cuales la componen.

#### **d. Glosa 09 “Compra de Servicios”**

Esta glosa de carácter informativo solicita a los Servicios de Salud que deberán informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales las compras efectuadas a prestadores privados, individualizándose de cada uno de estos las prestaciones realizadas. En dicho informe se hace mención a las compras efectuadas a servicios con Sociedades Médicas, detallándose los montos y porcentajes respecto a las compras totales. Si bien no se trata de una glosa restrictiva, la Glosa 09 ha logrado mostrar el contenido presupuestario de las compras de Servicios, así como tener conocimiento de los principales prestadores de los Servicios de Salud, información relevante para visualizar el gasto en compra de servicios de forma detallada y generar estrategias al respecto.

#### **e. Glosa 01, Letra I) “Aumentos de Grados”**

Se establece que las modificaciones de grados deberán contar con la autorización previa de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, verificando la pertinencia y disponibilidad presupuestaria.

### **2.3. Impulsar la Agregación de Demanda para la Optimización del Gasto en Bienes y Servicios de consumo**

A través de la agregación de la demanda y planificación de compra de forma consolidada, los Servicios de Salud y establecimientos pueden obtener mayores beneficios tanto económicos como en la eficiencia de sus procesos.

- a. Centralización Fármacos desde el Ministerio.
- b. Licitaciones Centralizadas.
- c. Compra Conjunta Convenio Marco



## 2.4. Aprovechamiento de los beneficios de los Convenios Marcos existente.

Actualmente existen alrededor de 32 Convenios Marcos vigentes, que contienen productos o servicios transversales para las instituciones públicas. En el último año el Sector Salud ha realizado transacciones en 13 de estos convenios, los cuales se pueden modificar para incluir productos o servicios adicionales que se adapten a las necesidades particulares de cada Servicio, tomando en consideración la familia o categoría del convenio y la oferta disponible por los proveedores adjudicados.

Ampliando los convenios existentes tiene por objeto simplificar los procesos de adquisiciones, ubicar mejores ofertas y agilizar la compra, para alcanzar esto se busca:

- Se han difundido la gestión de los Convenios Marco en los Servicios de Salud, incorporando mayores productos dentro de las categorías adjudicadas.
- Se han establecido vínculos entre los Servicios y los administradores de los CM en Chile Compra, ya que es esta institución la encargada de gestionar los cambios y las negociaciones con los proveedores.
- Seguimiento de las modificaciones solicitadas en los CM, como por ejemplo la modificación en el CM de vehículos motorizados incorporando los carros odontológicos con las especificaciones actuales para agilizar la compra y cumplir con el compromiso presidencial.

## 2.5. Proveer a la red de Bases de Licitación tipo

En general, cada establecimiento de salud realiza sus propias bases de licitación para los bienes y servicios que desean adquirir, dada la variabilidad de procesos la idea es homologar bases de licitación considerando los productos o servicios de mayor impacto y los tramos de licitación de mayor monto. Esto con la finalidad no sólo de agilizar las licitaciones sino una mayor transparencia en los procesos.

- Se ha generado una mesa de trabajo con la Dirección de Compras Públicas para revisar el repositorio de licitaciones disponibles y seleccionar las más relevantes.
- Se encuentra en gestión una mesa de trabajo con equipo jurídico y CGR para revisión de las bases que se seleccionaran e incorporaran posibles modificaciones.

### 3. AVANZANDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE POLÍTICAS Y MECANISMOS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS EN SALUD PARA NUEVOS DESAFÍOS DE SOSTENIBILIDAD, EQUIDAD Y EFICIENCIA

#### 3.1. Medidas incorporadas en el proyecto de Ley de Presupuesto para el año 2018

Junto con las medidas mencionadas en los numerales anteriores y la continuidad de las glosas presupuestarias incorporadas relacionadas con las compras de servicios a terceros y la adquisición de medicamentos e insumos vía CENABAST, para el año 2018, se ha incorporado la siguiente glosa presupuestaria:

*“Antes del 31 de enero de 2018, la Subsecretaría de Redes Asistenciales en conjunto con la Dirección de Presupuestos, acordarán un cronograma de trabajo para realizar un estudio tendiente a identificar los costos de funcionamiento de las Direcciones de Servicios de Salud y de las prestaciones en los Establecimientos de Salud que los integran, con el propósito de definir un nuevo sistema de financiamiento. Para estos efectos, se podrá identificar hasta tres Servicios de Salud que sean representativos en función de su cartera de servicios y que se utilizarán como base para el referido estudio. Semestralmente deberá presentarse un informe de avance a los Ministros de Hacienda y de Salud.”*

Cabe señalar que dicha glosa, ratifica la necesidad de contar con un nuevo sistema de financiamiento para determinar los factores que impactan sobre la demanda, así como también, los factores que inciden sobre la oferta del sector. Además, confirma que la metodología de financiamiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, ya no da cuenta de las brechas existentes.

Respecto a los ámbitos que se analizarán en el estudio mencionado, serán los siguientes:

- a. Al analizar el factor presupuestario, y los mecanismos de transferencias de recursos, que afectan y determinan el sobregasto operacional de los Servicios de Salud, se destaca que la Ley de Presupuestos asigna recursos a los Servicios de Salud y son éstos los que determinan los presupuestos de cada uno de sus establecimientos de salud. Esto quiere decir que a nivel central no se tiene mayor injerencia en las decisiones y asignaciones locales, aun cuando los desequilibrios financieros locales sí están impactando en la administración financiera del Estado. Por lo anterior, es que se debiesen estudiar mecanismos y nuevas fórmulas de asignación desde el nivel central que permitan hacerse cargo de las necesidades financieras locales y, a la vez, analizar el rol y la responsabilidad que tienen los Servicios de Salud en la coordinación financiera de su propia red.
- b. Los Servicios de Salud cuentan con un presupuesto altamente basado en la historia presupuestaria, y por tanto inercial, que en general se ajusta frente a cambios normativos o creaciones de programas de salud. El mecanismo de transferencia más relacionado con la producción es el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV), sin embargo, presenta falencias en su configuración, en su objetivo, en los incentivos que genera en el Sistema de Salud, y en su valorización, la cual no refleja adecuadamente el costo de la prestación.
- c. Más allá de lo financiero, las prestaciones PPV podrían estar desincentivadas, dado que cuentan con una valorización conocida y un financiamiento cierto en el programa presupuestario de Prestaciones Valoradas, la realización de otras prestaciones de salud que pueden ser igual-

mente necesarias, por lo que debe ser revisado como mecanismo de priorización sanitaria, contemplando siempre la Estrategia Nacional de Salud, los Objetivos Sanitarios del decenio 2010 - 2020 y los problemas de salud jerarquizados en las GES. En efecto, la selección adversa que podría producirse en la red asistencial al priorizar su atención en la producción de PPV, incorpora dos problemas que generan aumento del gasto: por una parte, presión creciente de los Servicios de Salud a complejizar la cartera de servicios de los hospitales para atender casos más complejos y con valorización cierta (PxQ) y, por otra parte, al priorizar la oferta asistencial por el incentivo presupuestario, podría desviarse de la demanda de los beneficiarios, produciendo listas de esperas en prestaciones no PPV y no GES, impactando en la equidad en el acceso y la oportunidad en la población y entre las regiones del territorio nacional. Los mecanismos de pago mixtos han incursionado y han ganado terreno en diferentes sistemas de salud en el mundo (en comparación con los mecanismos de pagos puramente prospectivos o retrospectivos). El mecanismo de pago mixto se caracteriza por tener un componente de pago prospectivo que incentiva los resultados y otro retrospectivo que reconoce la planificación en salud y los costos fijos, con el fin de equilibrar: los costos, la eficiencia en el suministro de prestaciones de salud y la calidad de la prestación (calidad del resultado en salud), entre el prestador, el beneficiario y las entidades aseguradoras-compradoras. Además, buscan equilibrar el riesgo financiero que deben asumir financiadores (usualmente el gobierno), aseguradores y proveedores de servicios tanto institucionales como individuales.

- d. En el Sistema Público de Salud la existencia de un sistema de asignación de recursos debe considerar los aspectos prospectivos, pero también los retrospectivos. Las decisiones de asignación de recursos implican el reconocimiento de la planificación sanitaria que en este caso se manifiesta en la nueva infraestructura, que en términos de gasto representará un costo fijo. Por otra parte, el aspecto prospectivo a considerar lo constituye la casuística y complejidad de la población a cargo.
- e. Por otra parte, en un contexto público donde se observa una alta variabilidad de las funciones de producción y los costos medios por producto asistencial, resulta indispensable contar con un sistema de comparaciones entre entidades o dispositivos sanitarios homogéneos. Este esquema es clave en el desarrollo de los mecanismos de asignación y para la evaluación de sus resultados.
- f. Por otra parte, cualquier método de pago que se implemente, debe ser capaz de capturar toda la variabilidad de la práctica de los distintos niveles de atención. Los factores claves para compensar los egresos hospitalarios serían principalmente: capacidad instalada; casuística tratada; docencia, investigación clínica<sup>6</sup>; costos diferenciales de inputs y costos diferenciales de casos extremos (outliers).<sup>7</sup>
- g. Finalmente es necesario considerar el efecto en el tiempo de la nueva inversión realizada en los últimos años de manera que los nuevos modelos de asignación incorporen su magnitud, tipología y efecto en el tiempo.

Cabe señalar que, durante los últimos dos años, el Ministerio de Salud, a través de la coordinación entre la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el Fondo Nacional de Salud, ha trabajado con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la implementación de la herramienta "Producción,

<sup>6</sup> En general, la función de investigación y los gastos directos de la docencia requiere de fuentes de financiamiento separadas de las que se dedican a las prestaciones asistenciales.

<sup>7</sup> Ibern. P; Ortún. V; Meneu. R; García - Goñi. M: Sistema de pago de los egresos hospitalarios. Informe para FONASA - MINSAL. Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra. 2005

Eficiencia, Recursos y Costos (PERC)", la cual se encuentra enmarcada en la "Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPSS)" desarrollada por la OPS, cuyo método de gestión tiene por objetivo dar respuesta a los enfoques y prácticas emergentes en la gestión de los servicios de Salud y que se orienta a la organización y gestión óptima de los servicios en la construcción de Sistemas de Salud. Ofrece elementos para facilitar el análisis de la pertinencia, eficiencia y calidad de la producción, de la negociación y del control de los acuerdos de gestión y para la generación de una nueva cultura institucional orientada a la racionalización de costos y la maximización de la productividad.

Es así que, para apoyar este proceso, la herramienta base de la metodología el PERC (antes WinSIG), ofrece básicamente información esencial para la toma de decisiones que permitan gestionar con una visión integral y accionar con estrategias selectivas de intervención en áreas críticas de la gestión productiva para establecer procesos de cambio orientados a fortalecer las relaciones entre eficiencia, calidad, producción y cobertura. Instrumentalmente, PERC es una herramienta para seleccionar y relacionar componentes críticos de los distintos subsistemas de información para ofrecer una visión global de la organización o de las redes de establecimientos, detectar problemas estratégicos (aquellos que tienen un mayor impacto cualitativo y cuantitativo en los servicios y en sus costos), y formular acciones para racionalizar el uso de los recursos y mejorar e incrementar la producción. Información que constituye uno de los principales insumos del mencionado estudio.

Respecto al cronograma de trabajo, a continuación, se adjunta la carta Gantt de las actividades a ejecutar durante el año 2018.

Actividades Etapa I 2018		ene-18	feb-18	mar-18	abr-18	may-18	jun-18	jul-18	ago-18	sep-18	oct-18	nov-18	dic-18
Fase inicial Términos de Referencia y Metodología para desarrollar estudio Glosa 16 SRA Ley de Presupuesto año 2018	Elaboración y aprobación de los Términos de Referencia												
	Firma Protocolo de colaboración SRA-Dipres para desarrollo del estudio												
	Conformación grupos de trabajo y modalidad de trabajo												
	Revisión de antecedentes: documentos sectoriales en materia de financiamiento y mecanismos de pago, experiencias comparadas y resultados de los estudios realizados por la SRA y FONASA respecto a los costos hospitalarios y la producción asistencial												
	Análisis y discusión para la determinación de los criterios de elegibilidad de los Servicios de Salud sujetos del estudio para la Etapa I 2018												
	Determinación de los Servicios de Salud para el estudio												
	<b>Primer Informe</b>												
	Recopilación de la información de necesidades, demanda y oferta (de prevalencias, utilización, demografía, crecimiento, infraestructura, tecnología, etc.)												
	Estimación de necesidades y su proyección en demanda												
	Estimación de la oferta disponible y proyecciones												
Propuesta general de nuevo sistema de asignación de recursos	Cálculos de brechas y proyecciones												
	Aspectos centrales de propuesta de asignación de recursos												
	Compatibilización con sistema presupuestario												
	Simulaciones y precisión de la propuesta y su operación												
	Necesidades y recomendaciones para la implementación												
Piloto de asignación de recursos	Diagnóstico de servicios de salud centrado en el financiamiento y funcionamiento de la Red												
	Recopilación de bases de datos (utilización, presupuesto, GRDs, egresos, APS, etc.)												
	Definición de propuesta general de pago piloto												
	Estimaciones y simulaciones del sistema de pagos												
	Precisión de la propuesta y su funcionamiento												
Preparación de herramientas de cálculo y seguimiento													
<b>Segundo Informe</b>													

### 3.2. Medidas de Gestión Financiera

Como una de las medidas de gestión financiera adicionales, a las ya implementadas durante los años anteriores, tendientes a disminuir los compromisos por pagar, así como de su antigüedad, para el año 2018, se incorporó un indicador de gestión a los Directivos de los Servicios de Salud, cuyo objetivo es la disminución del nivel de endeudamiento de los Servicios de Salud, así como, de la disminución de los días de vencimiento de dicho endeudamiento.

Por otro lado, se seguirá trabajando con las asociaciones de proveedores del Sistema Nacional de Servicios de Salud, manteniendo nuestra mesa de trabajo con APIS e incorporando una nueva mesa con la Confederación Nacional de la Pequeña Industria y Artesanado de Chile (CONUPIA).