

# Regulación del financiamiento a hospitales: “yardstick competition” aplicada a los hospitales públicos en Chile

## Hospital Financing regulation: “yardstick competition” in Chilean Public Hospitals

Camilo Cid P.<sup>1</sup>  
Pere Ibern R.<sup>2</sup>

### Resumen

---

El financiamiento de los hospitales públicos requiere de unos incentivos adecuados para conseguir una mayor eficiencia en el uso de los recursos. El sistema de pago actual muestra insuficiencias para acotar las tasas de crecimiento de los costos de los prestadores de atención de salud, requiere una nueva regulación y presenta riesgos de desequilibrar el financiamiento.

En el artículo se propone desarrollar un modelo de competencia por comparación o “yardstick competition”, que genere incentivos al mejoramiento de la eficiencia en el tiempo basado en lo que los hospitales son, o su estructura y en lo que hacen o su casuística, medida con GRDs. El modelo provee incentivos a los hospitales para asignar mejor recursos en un contexto de un mecanismo más global, de asignación poblacional que se apliquen a los Servicios de Salud a los cuales pertenecen.

---

*Palabras clave:* regulación, yardstick competition, grupos relacionados con el diagnóstico (GRDs), financiamiento hospitales.

---

### Abstract

---

Public hospital financing requires appropriate incentives in order to improve efficiency in resources allocation. The payment mechanisms currently in place present serious deficiencies in the provision of health as regards cost containment; they also require a new regulation as they represent a risk of financial imbalance.

We present a model of competition based on comparison, or yardstick competition intended improve efficiency in the model is based on hospital current structure and activities, measured through DRGs. As a result, the model provides incentives for a better allocation of resources within the hospital, in a wider context related to population based resource allocation to the Health Authorities, of which hospitals are a part.

---

*Key words:* regulation, yardstick competition, diagnosis related groups (DRGs), hospitals financing.

---

---

Recibido el 12 de agosto de 2008. Aceptado el 25 de septiembre de 2008

1 Economista, MA, PhD (c), Asesor Comisión Nuevos Mecanismos de Presupuestación y Transferencias del MINSAL, profesional del Depto. de estudios de la Superintendencia de salud. Correspondencia a: [ccid@superdesalud.cl](mailto:ccid@superdesalud.cl)

2 Economista, MBA, PhD, Profesor e investigador de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona, España.

## 1. INTRODUCCIÓN

Los hospitales son organizaciones complejas, funcional y estructuralmente heterogéneas. Los presupuestos hospitalarios son función de los costos relacionados con esa estructura y de los costos variables relacionados básicamente con la casuística tratada.

El sistema de pago actual a los hospitales públicos en Chile es un sistema de pago tipo "sombra", es decir, un sistema de pago que pretende emular precios mediante el establecimiento de tarifas o aranceles por servicio. Este sistema resulta incapaz de acotar las tasas de crecimiento de los costos de los prestadores de atención de salud, dado que no posee incentivos para ello. Por el contrario, presenta el riesgo de aumentar el financiamiento de los costos para unos componentes de la producción de salud, en desmedro de otros (1).

En este artículo se propone desarrollar un modelo de competencia por comparación o yardstick competition, que genera incentivos al mejoramiento de la eficiencia en el tiempo. Aún en presencia del monopolio geográfico natural y propiedad pública, donde el proveedor tiene exclusividad de servicio en su zona de influencia, es posible introducir una forma de competencia de no mercado. La yardstick competition provee incentivos a los hospitales para contener costos, creando un elemento de competencia por los recursos entre ellos.

Pero un modelo de este tipo no se puede aplicar de un día para otro, es necesario calibrar el impacto y proponer un proceso de transición hacia el modelo. Para ello es posible implementar un programa piloto para evaluar su impacto en un plazo definido.

Un sistema de asignación de recursos es sólo un mecanismo al lado de otros que necesitan estar alineados como la planificación y coordinación sanitaria, a los cuales, el mecanismo de

financiamiento, no pretende ni puede reemplazar. Por otra parte, el financiamiento basado en la actividad o casuística hospitalaria necesita al mismo tiempo entender que es necesaria la coordinación entre actividades de los distintos niveles asistenciales, esto será posible si a las medidas de gestión de las redes asistenciales se les acompaña con un mecanismo de asignación poblacional que se apliquen a los Servicios de Salud para que puedan ejercer la función de coordinación-integración asistencial.

En el segundo punto de este artículo se resumen algunos conceptos teóricos económicos acerca de los hospitales que forman parte del aprendizaje de la economía de la salud, para luego, en el punto 3 pasa a describir brevemente los riesgos del tipo de financiamiento hospitalario actual en Chile y los criterios generales que debiera reunir. En el punto 4 se describe la competencia por comparación y lo que se espera de ella y luego de una corta mirada internacional, se aborda un ejemplo ilustrativo de su aplicación al caso Chileno proveniente de otro estudio, en los puntos 5 y 6. Finalmente se ofrece algunos comentarios finales acerca de lo expuesto y acerca de los requisitos para el desarrollo del sistema en el punto 7.

## 2. ANTECEDENTES TEÓRICOS

La producción de servicios hospitalarios públicos, dadas sus características especiales respecto de otros sectores de la producción de bienes y servicios, requiere de mecanismos de asignación de recursos que regulen su financiamiento. En primer lugar, el concepto contrato-programa o compromiso entre el proveedor y el financiador, refleja voluntad de explicitar la asignación de los recursos, pero en un contexto de propiedad pública no existe un traslado efectivo de riesgo financiero toda vez que el acreedor de última instancia es el propio sistema público y la consecuencia de ello es que eventuales déficit serán cubiertos por él, que es su propietario. Reconocer este hecho, es necesario para entender que los incentivos a la eficiencia parten siendo débiles.

Por otra parte, los sistemas de pago a hospitales no operan de la misma manera que los precios en el mercado competitivo. Allí, en un mercado competitivo, los precios orientan las decisiones de oferta y demanda, en el sistema de pago a hospitales no existen los precios como tales y el sistema de pagos debe indicar el objetivo de servicios de atención de salud (que a su vez deben representar la demanda) y los costos esperados para cada proveedor. Las decisiones de oferta y de estructura de servicios de atención, como de polos de desarrollo de la oferta o construcción de centros de atención, su equipamiento y tecnología, deben ser tomadas al mismo tiempo que las decisiones de asignación del gasto corriente. En definitiva, antes de la asignación de recursos para la operación de los hospitales hay una realidad de oferta previamente generada por decisiones políticas de planificación de acceso a la salud, de las cuales la política de financiamiento deberá hacerse cargo. No se puede esperar de los mecanismos de pago lo que no pueden dar. Ellos no le dirán a la autoridad o los gerentes de los distintos niveles del sistema, los objetivos sanitarios y la planificación que debe desarrollar para cubrirlos.

En este contexto de realidad y dificultad particular, durante largo tiempo ha habido preocupación por la eficiencia y la calidad de la producción hospitalaria. Ello ha llevado a explorar sistemas de pago que relacionan la actividad producida y con los costos ocurridos. Pero, en un entorno de mercado competitivo los precios de los bienes finales o productos se relacionan con los costos, y permiten tener una visión clara de ellos a los agentes, en particular a los consumidores, pero en Salud hay ausencia de precios de mercado. Además, en salud existe el aseguramiento y en general los usuarios no pagan directamente por el servicio a un hospital, sino que se forma un entorno de contratos entre el asegurador y el prestador. Todo ello dificulta la identificación de los costos.

Además, cuando hay un solo proveedor por razones geográficas y de acceso a la salud (y de eficiencia potencial), como es el caso de los hospitales públicos, se enfrentan problemas adicionales como la selección adversa, riesgo moral y transferencia de riesgos y con ello la necesidad de regulación.

Ante estos problemas, en la literatura de economía de la salud, el profesor Newhouse incorporó en 1996, el Modelo de "yardstick competition" (2), que fue desarrollado anteriormente por Andrei Shleifer (1986) (3), reconstruyendo los supuestos económicos que no se ajustan al sector salud, esto es por ejemplo, que en el sector salud no existe homogeneidad de producto, como plantea uno de los supuestos de la competencia perfecta para el funcionamiento de mercados eficientes, sino que existen pacientes heterogéneos; el médico decide o induce demanda, o el gobierno o regulador estima los costos esperados de los proveedores con error. Es decir, considerando este contexto sumamente complicado, rearma el arsenal teórico económico para plantear finalmente que el sistema de pago debe reflejar la asignación óptima de recursos y que ello puede concretarse en sistemas mixtos de pagos: prospectivos y retrospectivos en un modelo de competencia por comparación.

El concepto retrospectivo y prospectivo del sistema de pago a hospitales se traduce en la práctica a dos ideas simples. La primera es que al hospital se retribuya por lo que es, por su estructura y capacidad instalada y la segunda que se le compense por lo que puede hacer con dicha capacidad, expresado en producto que es la casuística o combinación de casos tratados.

Además, en el sistema público de salud chileno los hospitales necesitan tener conciencia de que se encuentran en Red e insertos en una política de coordinación e integración asistencial. Esto implica que deben estar coordinados funcionalmente, clínicamente y financieramente con los demás proveedores del servicio de salud (de los tres niveles: primario, secundario y atención cerrada).

Los mecanismos de financiamiento también deben apoyar esta mirada, a través de un financiamiento capitado ajustado por el riesgo poblacional de los beneficiarios bajo cargo del Servicio de salud como techo presupuestario de gasto para el conjunto de la red asistencial del Servicio.

### **3. RIESGOS DE LA FORMA DEL FINANCIAMIENTO ACTUAL DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS**

El sistema de pago actual a los hospitales públicos tiene múltiples componentes dentro de los dos programas presupuestarios: programa de prestaciones institucionales (PPI) y programa de prestaciones valoradas (PPV), que se componen a su vez de pagos asociado a diagnóstico (PAD), pago por prestación (PPP), programas especiales, complejas, garantías explícitas en salud (GES), urgencias, que no aparecen insertos en un esquema global de regulación del financiamiento.

Haciendo abstracción del financiamiento de última instancia del sector público, los pagos actuales a hospitales son una combinación de presupuesto histórico con un pago por acto (1). Si bien se trata de un sistema de pago sombra, es decir, un sistema de pago que trata de emular precios mediante el establecimiento de tarifas o aranceles por servicio y un compromiso entre el financiador y el proveedor, no posee la cualidad de acotar las tasas de crecimiento de los costos de los prestadores de servicios de salud. Por otro lado, se trata de precios administrados estimados que pueden tener importantes distorsiones, incluso algunos de ellos podrán estar por debajo de los costos reales de producción. En el esquema, el financiamiento que no es PPV que es el resto del financiamiento, el PPI que es el componente netamente histórico, la transferencia ocurre también emulando un pago por acto o PPP con los mismos problemas señalados.

Las estrategias de reducción de listas de espera con los programas especiales y más recientemente

las GES, que operan con estos mecanismos de pago, han aportado resultados a corto plazo, pero esto no puede durar indefinidamente dado que en un entorno donde hay múltiples actividades sanitarias a realizar y un sistema de pago que se concentra en una sola y es muy favorable a ella, se dirigen los esfuerzos hacia aquella parte, manteniendo descuidado el resto. Además esto se acentúa dada el aumento esperado de las garantías en salud en un contexto de un presupuesto en restricción. Es imperioso introducir incentivos a la totalidad. Se necesita una visión más global y completa del financiamiento

Por otra parte, el tipo de sistema de pago vigente contiene el incentivo a la derivación al sector privado manteniendo las listas de espera en el sector público. (1). También existe el riesgo de inducir a la producción y con ello a generar un espiral de costos en algunos componentes en desmedro de otros. Es en definitiva el riesgo de que los proveedores seleccionen actividad (pacientes y prestaciones) que les es más rentable y no la sanitariamente más eficiente. Lo anterior, puede ir generando mayores problemas de acceso de la población a la solución de sus problemas de salud

Finalmente, importa también la gestión macro del Financiamiento. Un financiamiento fraccionado, incentiva la producción fraccionada. Un financiamiento fraccionado dificulta la necesidad de planificar la ampliación de la oferta y el aumento de los costos fijos. Un contexto donde distintos programas e instituciones definen su propio financiamiento sin una visión de conjunto, es propicio para debilitar la coordinación y planificación sanitaria

En definitiva existe la necesidad de equilibrar el financiamiento previendo los riesgos en que se encuentra el sistema, a través de un mecanismo global que refleje la política sanitaria actual y, en la gestión, reducir el manejo global del financiamiento hacia el ente que posea una mirada integral del mismo.

#### 4. YARDSTICK COMPETITION Y REGULACIÓN DEL FINANCIAMIENTO HOSPITALARIO

La primera pregunta que surge al pensar en el financiamiento de un hospital es qué debe cubrir. Obviamente deberá cubrir los gastos de producción (operación) y mantención y, eventualmente, la depreciación de los activos, aunque en un esquema como el chileno, donde las inversiones son parte de la planificación sanitaria y se financian de manera independiente (partida aparte del presupuesto), pudiera ser razonable que se financie sólo el gasto de operación y la depreciación se financie a través de la planificación de las inversiones.

Inmediatamente surgirá la pregunta de cómo sabemos que estamos financiando lo justo, o lo necesario en términos sanitarios y con ello el problema de la definición de eficiencia/ineficiencia. Cubrir los costos observados de cada hospital en particular, puede validar ineficiencias. Al mismo tiempo, financiarlos a todos por igual sin hacer diferencias entre aquellos que hacen más o menos esfuerzo no incentivará correctamente al sistema. Además, este procedimiento de financiar los costos observados, no incentiva a mejorar la eficiencia productiva y obviamente tiene límites en la escasez de los recursos.

El financiamiento sólo debería reconocer los costos eficientes del hospital. Es decir los costos que podría lograr si opera bajo condiciones óptimas en cuanto a eficiencia operativa y capacidad instalada. Pero en concreto ¿cuales son estos costos eficientes? Además, existen problemas de asimetría de información, ya que, el hospital no tiene incentivo para informar sus costos potenciales eficientes (si es que los conoce).

Ante este problema, se necesita de una herramienta: una de ellas es promover las comparaciones entre hospitales, ya que, al comparar pares se puede generar información sobre la eficiencia relativa de los proveedores.

De esta forma, el concepto yardstick competition se asocia a una competencia por comparación que genera incentivos al mejoramiento de la eficiencia en el tiempo. Aún en presencia del monopolio natural o geográfico, donde el proveedor tiene exclusividad de servicio en su zona de influencia, es posible introducir una forma de competencia de no mercado.

En este modelo, la eficiencia relativa entre proveedores operaría de la siguiente manera: dado un hospital  $i$ , se compararía el costo del hospital  $i$  con el costo de otros hospitales ( $j$ ) que operan en otras zonas geográficas y son comparables, con  $N$  el número total de hospitales. La fórmula de tal esquema es como sigue:

$$C_i \Leftrightarrow \frac{\sum_j^{N-1} C_j}{N-1}$$

Si los costos del hospital  $i$  son mayores que el promedio, se podría decir que el hospital  $i$  es relativamente ineficiente. Pero si los costos del hospital  $i$  están por debajo del promedio se podría clasificar al hospital  $i$  como relativamente eficiente.

Este esquema mide la eficiencia relativa de cada proveedor y no permite determinar costos eficientes absolutos. Pero su gran ventaja no está en generar información para determinar los verdaderos costos sino en los incentivos dinámicos que el esquema genera. En el tiempo los proveedores tendrán incentivos para reducir sus costos por debajo del promedio de la industria. Lo anterior bajo el supuesto de que los costos potenciales eficientes están por debajo de los costos corrientes o actuales, que es el caso usual.

En el modelo general que presentó Shleifer, formulado pensando en firmas públicas o privadas monopólicas, la función que maximizará el proveedor es la siguiente:  $P = (p - c)q(p) - R(c) + T$ ,

donde,  $P$  = beneficio,  $p$  = precio o ingreso marginal,  $c$  = costo marginal,  $q$  = cantidad producida,  $R$  = reducción de costo y  $T$  = transferencia desde el gobierno o el regulador<sup>3</sup>. Luego, como es habitual, el productor maximizará su beneficio cuando el ingreso marginal iguale al costo marginal, es decir,  $p^* = c^*$ . El resultado de ellos implica que  $R(c^*) = T^*$ ; es decir, cuando  $p=c$ , el costo marginal en reducción de costos es igual al beneficio marginal del esfuerzo de reducción de costos.

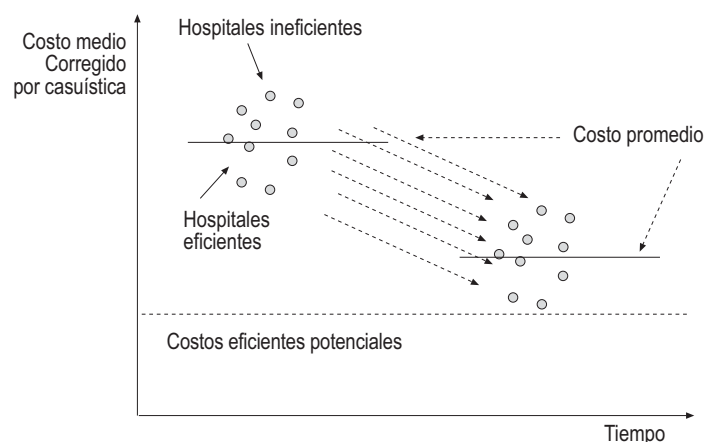
En la disgregación de Shleifer en el trabajo ya citado, ejemplifica el modelo respecto de los hospitales que recibían financiamiento desde Medicare. Al igual que en aquel ejemplo, en nuestro caso, cada hospital estará compitiendo con el costo promedio del hospital sombra. Este costo podrá ir decreciendo en el tiempo, acercándose a los costos potencialmente eficientes. En rigor el regulador no necesita estimar los costos eficientes sino sólo poner los incentivos del esquema de comparaciones, para que en el tiempo la industria se acerque a su eficiencia potencial

En suma, este tipo de modelo se propone porque provee incentivos a los hospitales para contener costos, a través de la creación de un elemento de competencia (no de mercado) entre hospitales y el incentivo a la emulación de un hospital eficiente. El resultado esperado es eficiente porque en equilibrio cada hospital escogerá un nivel socialmente eficiente de reducción de costos.

### Diferencias legítimas

Pero los costos de los hospitales pueden diferir por razones legítimas que no tienen que ver con la eficiencia productiva entre hospitales. Por ejemplo, por problemas geográficos, de distancia o topografía, escala y densidad de la demanda, costos de insumos, docencia, etc. Es necesario separar los costos de elementos diferenciales legítimos entre hospitales y limpiar los cálculos de estos costos. Un ejemplo en el caso chileno es el caso del servicio de salud de Aysén, que por distancia, topografía y motivos de salud pública, requiere de una capacidad instalada relativamente mayor y los costos del recurso humanos son también mayores en términos per cápita.

**Figura 1:**  
**Efecto esperado de la competencia por comparación**



Fuente: Adaptado por los autores desde Gomez-Lobo, 200? (4)

<sup>3</sup> El problema de maximización se resuelve sujeto a que  $P \geq 0$  y si  $R(c)$  es conocido u observable por el regulador.



## 5. BREVE RESEÑA DE LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

El sistema de pago prospectivo (PPS) creado por Medicare en los años 80s es el inicio de este tipo de modelos y significó un cambio radical respecto del sistema retrospectivo basado en los costos que existía previamente. Al comienzo, el PPS creó una estructura de valores relativos para pacientes agudos en el hospital, el cual era ajustado por la casuística usando 473 grupos relacionados con el diagnóstico (GRDs). El sistema también ajustaba los valores por docencia y variaciones geográficas de los costos, para tomar en cuenta los factores exógenos al manejo de los costos hospitalarios. Desde entonces el sistema ha sido criticado y consecuentemente reformado lentamente. Esta experiencia ha tenido un impacto relevante en varios países, por ejemplo, en Italia, Noruega, Irlanda, Cataluña (5) y otros como se verá, se han adoptado sistemas de pago mixtos que usan ajustes por casuística.

Así a nivel internacional desde mediados de los 80 muchos países han ido implementando, ya sea a través de estudios, programas piloto, o bien generalizadamente en algunos casos (como en Alemania a partir de 2002), sistemas de pago mixtos a los hospitales. También en principio se han adoptado mezclas de mecanismos de pago combinando generalmente pagos por caso, por día, presupuesto y casuística, para derivar hacia pagos que combina el presupuesto global con la casuística hospitalaria. A la vez, es importante tener en mente, que algunos países usan estos esquemas para presupuestar recursos (planificación del gasto) y otros, además, como formas de pago a través de contratos o programas, dependiendo de la estructura de sus sistemas de salud y los objetivos propuestos.

Estos sistemas de pago mixtos, se caracterizan por medir la casuística a través de la aplicación de los GRDs, algunos adaptados a sus propios países (como los Ger-DRGs en Alemania, Nor-DRGs en países nórdicos, APR-DRGs en

Bélgica, HRG en Gran Bretaña, etc.), y por lo general, modelados a través de sistemas de comparación entre hospitales. La lista es larga, la siguiente tabla muestra algunos países donde han ocurrido estas experiencias.

**Tabla 1:**  
**Pagos a hospitales en países de Europa Occidental**

País	Por caso	Presupuesto global	Combinación de presupuesto global con ajuste por Casuística/GRDs
Austria	√		
Bélgica			√
Dinamarca	√	√	
Inglaterra			√
Finlandia	√		
Francia			√
Alemania			√
Irlanda			√
Italia			√
Noruega			√
Portugal			√
España			√
Suecia			√

Fuente: Wiley, M., 2005 (6)

Recientemente en países de Europa oriental también se han venido intentando tales políticas (Bulgaria, República Checa, Hungría, Lituania, Polonia, Rumania) (7)

En América Latina se tiene poca información, porque hay pocas experiencias y/o no están documentadas suficientemente. En Chile como se sabe, está la experiencia de aplicación de GRDs para mejoramiento de la gestión clínica, y no bajo un concepto de regulación del financiamiento como el aquí expuesto, en dos hospitales públicos y dos privados. Además está la experiencia a nivel de estudio que se presenta en el punto siguiente.

## 6. UN EJERCICIO ILUSTRATIVO PARA HOSPITALES PÚBLICOS EN CHILE

En esta sección se describen los resultados del estudio encargado por la Comisión de Mecanismos de Pago Fonasa-MINSAL, al Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra el año 2007 (8), para analizar la aplicabilidad del modelo al caso chileno.

Siguiendo las recomendaciones de la teoría se descompone la función hospitalaria en dos partes, por una parte, los componentes retrospectivos representados en la estructura hospitalaria: costo medio esperado según dotación de capacidad instalada Y por otra parte, los componentes prospectivos representados por la casuística: el costo medio esperado según índice de casuística

El costo medio por egreso fue calculado según sistema Winsig de cada hospital de la muestra considerada, considerando ajustes adicionales como el costo de los inputs (urbano-rural), los costos diferenciales de los casos extremos y la docencia

La medida de la capacidad instalada se estimó con variables recogidas a través de una encuesta, que indican la disponibilidad de servicio para la población. Como por ejemplo: camas por tipo, box de consultas, salas por tipo, box rehabilitación, sillones por tipo, camillas, horas médicas disponibles por especialidad, pabellones por tipo, médicos de urgencia, equipamiento por tipo de sala-pabellón, etc. En este caso se recogió información de una muestra de 60 hospitales para la aplicación de la encuesta de hospitales considerados como de agudos, concentrándose en 5 para los cuales se dispuso de información de la casuística.

La clasificación por grupo de hospitales se realizó a través de un procedimiento de cluster de k

medias<sup>4</sup>. Luego es posible realizar la Clasificación de hospitales según capacidad instalada mediante el modelo estadístico Cluster de k medias y preparar la estimación de costos esperados según capacidad a partir de la estandarización de los resultados anteriores para los 5 hospitales en estudio. No obstante lo anterior, para efectos de la ilustración, estos hospitales se consideraron como parte del mismo grupo.

**Tabla 2:**  
Índice de casuística de 5 hospitales aplicando GRDs

Hospitales	Pesos Totales	Egresos	Índice de Casuística	Índice de Casuística Standardizado
1	8.899	8.996	0,99	1,13
2	20.928	27.639	0,76	0,86
3	15.622	21.337	0,73	0,84
4	37.864	41.465	0,91	1,04
5	25.201	24.379	1,03	1,18
	108.513	123.816	0,88	1

Fuente: Ibern, et al, 2007 (8)

Por otra parte, como se ha venido señalando la medida de la casuística se realizó a través de la reunión de un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y la aplicación de la agrupación en GRD (en este caso se usaron los Internationa Refined-Diagnosis Related Group, conocidos com IR-DRGs) y aplicación de pesos relativos para 5 hospitales (ver Tabla 2). Luego se efectúa una estandarización y cálculo del índice de casuística y finalmente la estimación de coste esperado según casuística. Así, de la tabla 2 se desprende que el hospital mas complejo de acuerdo a la casuística comparada es el hospital 5 con un índice de casuística de 18% por encima del promedio y el hospital menos complejo del grupo es el hospital 3 con un índice de casuística 16% por debajo del promedio.

<sup>4</sup> El análisis cluster es una técnica de análisis exploratorio de datos para grupos naturales dentro de una colección de datos. En el algoritmo de k medias, k es el número de grupos a ser obtenidos y la media (o centroide) de las observaciones en un cluster representa al cluster. En esta aplicación, dado el conjunto de datos de las variables escogidas para los hospitales, el algoritmo puede clasificar grupos homogéneos de hospitales de acuerdo a su capacidad instalada.



**Tabla 3:**  
**Sistema mixto de financiamiento hospitalario: Estructura y Casuística**

Hospitales	Capacidad 100%	Casuística 100%	90% Capacidad 10% Casuística	Diferencia Esperado-Observado	10% Capacidad 90% Casuística	Diferencia Esperado-Observado
1	12,61	13,13%	2.663.094.772	12,66%	2.674.093.198	11,19%
2	11,64	13,90%	9.318.997.173	11,86%	9.103.222.638	13,78%
3	10,07	15,91%	6.272.543.696	10,65%	5.903.804.583	12,67%
4	8,96	4,12%	13.954.375.383	8,47%	13.393.855.099	8,14%
5	5,20	18,13%	8.342.239.974	6,50%	9.253.621.704	5,50%
Total	0,00	0,00%	39.767.167.410	0,00%	39.767.167.410	0,00%

Fuente: Ibern et al, 2007 (8)

La tabla 3 muestra de manera simple la aplicación del sistema mixto de pago. Están los costos ajustados sólo por estructura y sólo por casuística más la simulación de dos ponderaciones que es el modelo a proponer. En efecto, la primera columna muestra en términos porcentuales las redistribuciones resultantes de un ajuste que considere sólo la capacidad instalada y la segunda columna muestra lo mismo pero para un ajuste que considere sólo la casuística. La tercera y la última columna muestran la aplicación mixta, esto es, ponderando de manera diferenciada a ambos conceptos, primero 90% capacidad y 10% casuística y posteriormente lo contrario, es decir, 90% casuística y 10% capacidad. De este modo, en el caso que fuera ponderado 10% la casuística y 90% la estructura, el efecto sería 12,6% de redistribución a favor del hospital 1, casi 12% en desmedro del hospital 2, 10,6% que debe ceder el hospital 3, 8,5% a favor del hospital 4 y 6,5% a favor del hospital 5.

Finalmente, lo usual es que se parta de una consideración relativamente moderada de la casuística y se aplique un crecimiento de su importancia en el tiempo, a través, de la combinación de las ponderaciones. En definitiva las ponderaciones que se elijan cada vez dependerán de la ampliación del ejercicio a una porción significativa de los hospitales y de la velocidad que se le quiere imprimir a la reforma del financiamiento hospitalario.

## 7. Comentarios finales

En este artículo se muestra que el financiamiento de los hospitales públicos requiere de unos incentivos adecuados para conseguir una mayor eficiencia en el uso de los recursos y que el sistema de pago actual muestra insuficiencias y riesgos relevantes y que se requiere una nueva regulación del financiamiento.

Se propone el desarrollo de un modelo de competencia por comparación o "yardstick competition", que genere incentivos al mejoramiento de la eficiencia en el tiempo basado en la estructura y la casuística hospitalaria medida con GRDs. El modelo provee incentivos a los hospitales para asignar mejor recursos, pero a su vez necesita ser compatible con la necesaria coordinación entre actividades asistenciales de los distintos niveles de una red de atención, esto no será posible sin mecanismos de asignación poblacional que se apliquen a los Servicios de Salud como techo presupuestario capitado ajustado por riesgo, para que puedan ejercer la función de coordinación-integración asistencial.

La realidad en Chile presenta dificultades para la obtención sistemática de la información necesaria para que el modelo funcione. Se requieren de sistemas que provean de información acerca de los flujos de fondos financieros, sobre la medida de la casuística (morbilidad y procedimientos

asociados) y sobre los costos medios por actividad (por egresos). Sin embargo, en cada uno de estos puntos existen sistemas en desarrollo. Por ejemplo, se requiere información sistemática de la ejecución financiera y presupuestaria a nivel hospitalario y se supone que la implementación de hospitales autogestionados fortalezca este proceso; se cuenta con las bases de datos de los egresos hospitalarios a nivel nacional y del SNSS, que es el embrión de un conjunto mínimo básico de datos, la que debieran desarrollar la incorporación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y; los hospitales desarrollan sistemas de contabilidad de costos, algunos en su versión más desarrollada (WinSig), los cuales a su vez requieren de procesos de homogeneización para hacer los resultados de costos medios comparables entre establecimientos.

Finalmente, existirá la necesidad de calibrar el impacto del modelo y proponer un proceso de transición hacia su implementación junto con un programa piloto para evaluar su impacto en un plazo limitado, que seguramente podrá ser desarrollado en un conjunto de hospitales autogestionados.

## Referencias

1. Cid, C, Castro R, Román A, Carvajal J, Díaz E, Álvarez F. Crisis de los mecanismos de pago y necesidad de una nueva forma de asignación de recursos en el sector público de salud chileno. XXVII Jornadas de economía de la salud. En: *Gaceta Sanitaria*, 2007
2. Newhouse, Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. *JEL* 1996; 34: 1236-1263.
3. Shleifer A. A theory of yardstick competition. *Rand Journal of Economics* 1985; 16 (3): 319-327.
4. Gómez-Lobo, A. Determinantes de la eficiencia operativa en la regulación de monopolios naturales: el uso de información de consultores versus competencia por comparaciones. Santiago: Departamento de Economía, Universidad de Chile: 2007
5. Ibern P. Hospital resource allocation in Catalonia: Activity-based financing and yardstick competition. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, CRES; 1999.
6. Wiley M. Experience with DRG-Based hospital funding in Western Europe; 2005.
7. Williams S. Alternative prescriptions. A survey of international healthcare systems. [monografía en Internet]; 2002. Disponible en: [http://www.conservatives.com/pdf/health\\_0402.pdf](http://www.conservatives.com/pdf/health_0402.pdf)
8. Ibern P, Ortún V, Meneu R, García Goñi M. "Sistema de pago de los egresos hospitalarios". Informe para FONASA-MINSAL. CRES Universidad Pompeu Fabra, 2007.