

Documento de Posición

Proyecto de Ley “Regula el precio de los exámenes y procedimientos de apoyo diagnóstico y clínico, así como la obligatoriedad de informarlo públicamente”

**Departamento de Trabajo Médico
Departamento de Medicina Privada
Departamento de Políticas de Salud y Estudios
COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.**

Antecedente de proyecto de ley en discusión

En Noviembre del 2020, los Senadores de la Comisión de Salud ingresaron un proyecto de ley titulado “Regula el precio de los exámenes y procedimientos de apoyo diagnóstico y clínico, así como la obligatoriedad de informar públicamente”, mediante Boletín 13892-11, el cuál ha sido recientemente aprobado en general por el Senado y se encuentra en su primer trámite constitucional a la espera de indicaciones para su discusión y posterior paso a la Cámara de Diputadas y Diputados.

El proyecto está compuesto por un artículo único que señala que los precios de los exámenes y procedimientos diagnósticos en modalidad ambulatoria no podrán ser superiores al 50% del valor asignado en el Arancel de Modalidad Institucional del Fondo Nacional de Salud. Por otro lado, el precio de estas prestaciones realizadas en la modalidad de atención cerrada no podrá ser superior al 40% del arancel anteriormente mencionado. Además de esto, se exige a los prestadores Institucionales de Salud informar los precios de estas prestaciones junto con la transparencia para los pacientes.

El proyecto busca solucionar el problema derivado de la alta heterogeneidad en los precios de las prestaciones para el apoyo diagnóstico y clínico que existe en los prestadores de salud privados, llevando a situaciones a todas luces abusivas en un ámbito en el que las personas tienen una gran vulnerabilidad dada por estar afectadas por una condición de salud, existiendo además asimetrías de información que hacen muy difícil para las personas juzgar adecuadamente las señales de precios. De esta forma, es prácticamente imposible para una persona evaluar si un precio mayor está justificado en una calidad que le reporta algún beneficio para su proceso de recuperación de la salud. En escenarios de este tipo, la existencia de políticas regulatorias que permitan asegurar que existan precios justos se hace esencial.

El Servicio Nacional del Consumidor realizó un estudio sobre las diferencias de precios en los exámenes y procedimientos médicos (SERNAC, 2011), cuyo informe concluye que existen diferencias drásticas dependiendo de cada prestador privado en salud. A modo de ejemplo, el examen de electrolitos plasmáticos (sodio, potasio y cloro en plasma sanguíneo) fue el que tuvo mayor diferencia de precios en términos relativos, costando \$1.340 en el Hospital del Profesor, y \$18.700 en la Clínica Alemana, marcando una diferencia del 1.295.5%. Por otro lado, si se consideran exámenes imagenológicos la ecotomografía

transvaginal registró su valor más bajo en la Clínica Dávila por 15.820 pesos, mientras que su valor más alto registrado fue de 139.900 pesos en la Clínica Las Condes.

Posterior a este estudio, el SERNAC en conjunto con la Superintendencia de Salud buscaron avanzar en la transparencia de los precios por parte de las instituciones privadas, lo cual no fue posible llevando al SERNAC a denunciar a 10 prestadores por no transparentar el listado de precios. Esta situación ha demostrado las limitaciones que tiene nuestro actual marco normativo para generar una regulación efectiva que apunte a proteger a las personas y reducir el gasto de bolsillo en salud, uno de los más altos entre todos los países de la OECD.

Actualmente, no existe ninguna legislación en Chile que regule el precio que definen los prestadores privados para este tipo de prestaciones, teniendo el valor entregado por FONASA sólo como una referencia.

El acceso a Planes Diagnósticos racionales y seguros

En Chile no existe ninguna institución que monitoree, investigue ni sistematice las buenas prácticas nacionales o internacionales en temas de uso racional y seguro de los planes diagnósticos. En este sentido, hay evidencia que existe gran variabilidad de la práctica clínica, y en particular una tendencia al *Overuse*, que en el caso del "**Medical Overuse**" incluye tanto el sobrediagnóstico como el sobretratamiento (Morgan, 2019).

El **sobrediagnóstico** es el fenómeno que ocurre cuando las personas son sometidas a múltiples exámenes diagnósticos sin clara efectividad y/o diagnosticadas de enfermedades que nunca les causarían síntomas ni les acortarían la vida, sobre todo en aquellas instituciones que no tienen regulaciones en este sentido.

La Superintendencia de Salud fiscaliza fundamentalmente el cumplimiento de los planes de Isapres, en el caso de la Intendencia de Seguros; y en el caso de la Intendencia de Prestadores la fiscalización es a los prestadores en el cumplimiento de las leyes vinculadas a las Garantías Explícitas en Salud (GES), la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes y en el cumplimiento de los estándares de acreditación de instituciones. No existe fiscalización por parte de las autoridades sanitarias de la adhesión a prácticas seguras o basadas en la evidencia en temas referentes a planes diagnósticos o planes terapéuticos. La única experiencia ha sido en este periodo Pandémico, donde se fiscaliza la fijación de precio del examen diagnóstico de Covid-19 PCR RT.

Proceso de atención: Etapa diagnóstica

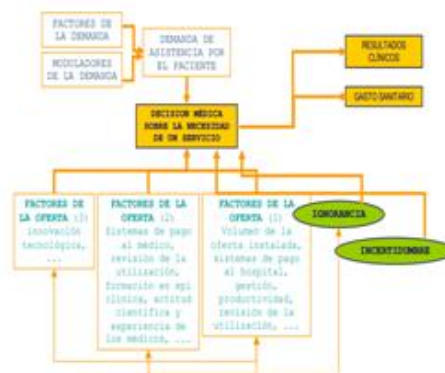
En el proceso de atención clínica, que es la actividad mediante la cual la persona que requiere atención médica y el médico establecen una relación dirigida a la identificación y solución de uno o más problemas de salud presentes en dicha persona, la **etapa diagnóstica** es señalada como muy compleja y es habitual en este proceso tener que lidiar con altos niveles de incertidumbre. El conocimiento médico ha desarrollado instrumentos para disminuir esta incertidumbre. En la práctica, este fenómeno, asociado a múltiples factores, produce lo que se conoce como *variabilidad de la práctica clínica* (Peiro & Meneu, 1998), en adelante VPC.

La VPC se refiere a las variaciones sistemáticas en la incidencia acumulada de un determinado **procedimiento clínico diagnóstico y terapéutico**, a un determinado nivel de agregación de la población. La variabilidad puede observarse desde un enfoque poblacional o desde un enfoque individual, y tanto en instituciones como en territorios en particular. Esta VPC genera problemas de calidad de la atención y una práctica poco basada en la investigación más válida, más conocida como Medicina Basada en la Evidencia (MBE).

La gestión clínica que pretende el acceso al diagnóstico con la mayor efectividad y el menor riesgo requiere ampliar la visión desde el examen diagnóstico **al plan diagnóstico**, dado que en la mayoría de las ocasiones no existe un solo examen que sea concluyente para el diagnóstico en concreto, y en otras ocasiones si así lo fuese, el riesgo que implica es mayor, por lo que se proponen guías de práctica clínica que propician planes diagnósticos basados en la realización en etapas sucesivas que combinan el diagnóstico clínico, uso de herramientas tipo Score y exámenes diagnósticos imagenológicos, de laboratorio anatómopatológicos y genéticos o biomoleculares. La gestión sanitaria ha desarrollado sistemas de revisión de la adecuación, segunda opinión, análisis comparativos de centros, de protocolización de cuidados o de procesos completos (trayectorias clínicas- Planes diagnósticos) y de reducción de los costes unitarios mediante el pago por procesos o resultados.

Es conocido que existen múltiples factores que inciden en la oferta de estos procedimientos. Entre los más clásicos se señalan los cambios en los sistemas de pago, aranceles y otros que pueden modificar el uso seguro y efectivo de estos planes diagnósticos y privilegiar aquellos que puedan tener mejor financiamiento o aumentar el uso de aquellos que el margen de utilidad sea menor. Muchas veces se propician estas conductas enmascarándose a través de supuestas campañas de prevención masiva, los que tienen escasa evidencia de su efectividad como tamizajes (Ilustración 1).

Figura 6. Factores que influyen en la decisión médica



Muller J, Pérez E, Muñoz E, Reyes P. Variaciones en la práctica médica. Dependencia, causas e implicaciones. Med Clin (Barc) 1998; 111: 182-190.

Ilustración 1: Factores que influyen en la decisión clínica

Es así como los cambios en los precios de estos medios diagnósticos generarán, inevitablemente, cambios en la práctica clínica, asunto no menor, ya que podría incidir de manera incierta en la calidad y seguridad de la atención de los pacientes que requieren ser evaluados.

¿Por qué los sistemas de salud regulan tarifas?

La Organización Panamericana de la Salud desde la década de los 90 ha puesto el acento en la importancia del control de costos en Salud para la región de América (Márquez, 1990). Esto se ha producido por factores demográficos y epidemiológicos cambiantes, ineficiencias a nivel de microeconomía de los países, el aumento de las tecnologías en salud y la falta de control de los costos y exceso de utilización de servicios.

Sobre este último punto, la mayoría de los países de la región de América presentan un sistema de prestadores mixtos entre los administrados por el Estado y los de carácter privado. El mercado que generan los prestadores privados determina múltiples problemas, dentro de las cuales se encuentra la falta de información a los usuarios para poder tomar decisiones racionales en un campo complejo como es la atención médica y la ausencia de incentivos para la responsabilidad fiscal de los proveedores privados que llevan a un uso excesivo y poco racional de los recursos.

Junto con esto, generalmente el gasto en atención médica aumenta a tasas más altas que la inflación general, por ejemplo, en los Estados Unidos, se estima que los altos precios de prestaciones representan más de la mitad del crecimiento en el gasto en atención médica.

Es por esto que organismos internacionales en salud sugieren la implementación de políticas de contención de costos entendido como estrategias para controlar tanto el incremento de los costos de todas las prestaciones en salud como también el gasto que se realizan por estos.

En este escenario, aún cuando la variación de precios podría incidir en las conductas de práctica clínica, la regulación de precios de tarifas sirve como un instrumento para controlar el volumen de los servicios provistos (incentivando algunos y desincentivando otros), controlar el gasto, asegurar estándares de calidad, promover la sustentabilidad y eficiencia del sistema de salud (Anderson 2003; 2019). Esta discusión es particularmente relevante en contextos con alta participación de actores privados en la prestación de servicios y sistemas de salud altamente desiguales, tal cómo es el caso de Chile y otros países en vías de desarrollo (Barber, 2018).

Tipos de regulación de tarifas

Existen al menos tres mecanismos para el establecimiento de tarifas de prestaciones en el sector salud descritos en la literatura: a) negociación individual entre proveedores y financiadores (ej. seguros); b) negociación colectiva entre proveedores y pagador; c) decisiones unilaterales por parte del regulador. Cada una de estas alternativas tiene ventajas y desventajas, así como requerimientos institucionales particulares, las cuales son sintetizadas en la tabla 1 (Barber 2019b).

Las ventajas de la primera alternativa – negociación individual – son su mayor flexibilidad para adaptar servicios a las preferencias de los usuarios y, en teoría, que permitiría la fijación de precios más bajos para proveedores designados para asegurar un mayor volumen de prestaciones y capturar así ingresos garantizados. La negociación colectiva por su parte ofrece como ventaja el hecho que se elimina la discriminación por precio y su

capacidad para usar precios como instrumentos de política pública para asegurar objetivos de salud pública. También permite al pagador ejercer el poder de mercado y limitar el aumento de costos asegurando la viabilidad fiscal. Tiene además costos administrativos más bajos en comparación con las negociaciones individuales y permite la transparencia de precios tanto para proveedores como usuarios. La alternativa de fijación unilateral de precios comparte ciertas fortalezas con la negociación colectiva de precios, tales como el fortalecimiento de su capacidad de usar precios como instrumento para la política pública de salud, para ejercer poder de mercado y anticipar adecuadamente los costos para la viabilidad fiscal limitando el aumento de precios, sus menores costos administrativos, mayor transparencia y eliminación de la discriminación por precio. Por último, inserta incentivos para los proveedores cuyos costos son más altos para mejorar su eficiencia y las tablas de precios pueden ser usadas como una medida de comparación (benchmarking) para aseguradores privados.

Las desventajas de la negociación individual de precios contemplan el hecho que los prestadores de mejor reputación, servicios de alta especialidad o proveedores únicos pueden negociar precios más altos y controlar los cambios de tarificación. También genera discriminación por precio en la cual los pagadores pagan diferentes precios por un mismo servicio, con una disminuida transparencia y altos costos administrativos por el aumento de costos de marketing y administración, altos tiempos de negociación y sistemas de cobranza vinculados a múltiples pagadores. La negociación colectiva de precios tiene la desventaja que los precios pueden reflejar la capacidad de negociación diferencial de asociaciones profesionales y existe la amenaza de posibles conflictos entre actores de interés que participan del proceso de negociación colectiva. Por último, los métodos y procesos pueden estar sujetos a la legislación sobre competencia de mercado y su aplicación al sector privado puede estar limitada. Por último, la principal y única desventaja de la fijación unilateral de precios es su potencial limitación sobre la capacidad de elección de usuarios.

Tabla 1: Resumen de mecanismos de regulación de tarifas de servicios sanitarios

Tipo	Ventajas	Desventajas	Requerimientos
Negociación individual entre proveedores y pagadores	Permite fijación de precios más bajos para proveedores designados para asegurar un mayor volumen de prestaciones y capturar así ingresos garantizados. Mayor flexibilidad para adaptar servicios a las preferencias de los usuarios.	Prestadores de mejor reputación, servicios de alta especialidad o proveedores únicos pueden negociar precios más altos y controlar los cambios de tarificación. Genera discriminación por precio en la cual los pagadores pagan diferentes precios por un mismo servicio. No hay transparencia en los precios. Altos costos administrativos por el aumento de costos de marketing y administración, altos tiempos de negociación y sistemas de cobranza vinculados a múltiples pagadores.	Alta capacidad administrativa y financiera para marketing, cobros, y revisión de solicitudes.

<p>Negociación colectiva entre proveedores y pagadores</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se elimina la discriminación por precio 2. Permite al pagador ejercer el poder de mercado y limitar el aumento de costos asegurando la viabilidad fiscal. 3. Costos administrativos más bajos en comparación con las negociaciones individuales. 4. Permite la transparencia de precios tanto para proveedores como usuarios. 	<p>Los precios pueden reflejar la capacidad de negociación diferencial de asociaciones profesionales.</p> <p>Posibles conflictos entre actores de interés que participan del proceso de negociación colectiva.</p> <p>Los métodos y procesos pueden estar sujetos a la legislación sobre competencia de mercado y su aplicación al sector privado puede estar limitada.</p>	<p>Requiere sistemas de información robustos y capacidades en recursos humanos.</p> <p>Requiere información confiable y detallada de los proveedores sobre costos.</p> <p>Procesos institucionalizados y transparentes para sostener negociaciones.</p> <p>Asociaciones profesionales organizadas con capacidad y mandato asignado para negociar.</p>
<p>Decisión Unilateral por regulador</p>	<p>Inserta incentivos para los proveedores cuyos costos son más altos para mejorar su eficiencia.</p> <p>Elimina la discriminación por precio Las tablas de precios pueden ser usadas como una medida de comparación (benchmarking) para aseguradores privados.</p> <p>Permite al pagador ejercer el poder de mercado y limitar el aumento de costos asegurando la sustentabilidad fiscal.</p> <p>Costos administrativos más bajos en comparación con las negociaciones individuales.</p> <p>Permite la transparencia de precios tanto para proveedores como usuarios.</p>	<p>Puede reducir la capacidad de elección de usuarios.</p>	<p>Requiere información confiable desde los proveedores con relación a costos, volumen y resultados.</p> <p>Requiere sistemas de información robustos y capacidades en recursos humanos.</p> <p>Procesos institucionalizados y transparentes para establecimiento de precios para todos los proveedores.</p> <p>Requiere actualización periódica para incentivar innovaciones.</p>

Fuente: traducido y adaptado a partir de Barber 2019b.

Experiencias de regulación de tarifas de prestaciones ambulatorias

Experiencia internacional

La regulación de precios para la realización de prestaciones en salud como exámenes de diagnósticos, existe como política en diversos países con sistemas de salud universales, con ejemplos tan diversos como Australia, Inglaterra, Francia, Alemania, Japón, Corea del Sur, Tailandia o el estado de Maryland en EE.UU (Barber et al, 2019 presentan una descripción de los arreglos institucionales utilizados en cada uno de estos países). En una encuesta realizada a 29 países de la OCDE en 2009, 15 países contaban con regulaciones en los precios y tarifas pagados por servicios médicos ambulatorios. La mayoría de los restantes países remuneran los servicios médicos directamente por salarios o capacitación (Paris, 2010).

En el caso de Australia, el gobierno avanzó a la conformación del “Hospital Pricing Authority (IHPA)” organismo independiente encargado de realizar una fijación de precio en base a eficiencia de los servicios hospitalarios públicos, que en su diagnóstico inicial encontró una alta variabilidad en los costos por hospital. En el caso de los Hospitales privados, existe una alta heterogeneidad en sus costos por lo que el gobierno define un mínimo de cobertura que deben garantizar los seguros además de realizar una publicación de sus precios para los usuarios. Respecto a las prestaciones ambulatorias como exámenes para procedimientos diagnósticos, se realizan arreglos de fijación de precio para todas las prestaciones incluidas en el plan de salud del seguro nacional (Medicare Benefits Schedule) y servicios de salud privados. Las reglas de precios son las mismas para los prestadores públicos y privados.

Por otro lado en el caso de Inglaterra, poseen un seguro nacional llamado “National Health Care” se emplean variados mecanismos de pago para sus servicios básicos hacia la población teniendo como premisa cumplir los objetivos sanitarios definidos. Dentro de esto la fijación de precio de prestaciones en salud como exámenes o procedimientos diagnósticos es una de muchas herramientas disponible para alcanzar los objetivos claves, donde por ejemplo en la Atención Primaria se fija el pago según objetivos alcanzado y la necesidad de realizar procesos de salud para aquello.

El caso de Alemania, que posee un sistema de salud basado en multiseuros, cuentan con un riguroso proceso de fijación de precios que limita el aumento del gasto en salud. En este caso, se combina una alta oferta de prestadores en salud, incluyendo una alta participación de privados, con un sistema de reembolso que genera incentivos para producir altos volúmenes de prestación, disminución en los tiempos de espera y precios bajos en comparación al resto de los países de la OCDE. La fijación de precios tanto en prestaciones hospitalarias como ambulatorias sigue la estructura federal del país, dentro de un rango predefinido a nivel nacional.

El caso de Francia

La clasificación Francesa para procedimientos clínicos (CCAM - Classification Commune des Actes Médicaux) incluye más de 8000 acciones, incluyendo imágenes, técnicas diagnósticas, cirugías, procedimientos obstétricos y dentales, así como de anatomía patológica. Cada una de estas acciones se jerarquiza según una metodología derivada de la escala de valor relativo en base a los recursos (RBVRS por sus siglas en inglés, implementada por Medicare en EE.UU.) desarrollada para la prestación de servicios clínicos. La tarifa para cada acto médico se calcula por medio de la adición de un costo estimado relacionado al trabajo médico, expresado por medio de una escala global que considera el esfuerzo que implica su ejecución para un paciente promedio, en términos de tiempo, estrés, esfuerzo mental y habilidades técnicas que requiere. Esta escala es convertida a su valor monetario al establecer un factor de conversión cuyo valor se fija en un acuerdo colectivo con trabajadores de la salud. Este costo se adiciona a los costos estructurales por uso de infraestructura que implica cada procedimiento, pudiendo además incorporar factores de variación geográficos (por ej. cómo se aplica en EE. UU.) (Barber 2019b).

El primer paso fue la creación de una clasificación de procedimientos médicos francesa que define tiempo y costos estimados para realizar cada procedimiento para asignar una tarifa. Esta clasificación tiene como objetivo promover costos equitativos para procedimientos médicos para todos los prestadores clínicos y entre diferentes especialidades para evitar la selección de procedimientos en base a su capacidad de generar ganancias (Barber 2019b).

Propuesta de fijación de precios a los exámenes diagnósticos ambulatorio en un 50% y 40% en exámenes solicitados en el proceso de hospitalización por sobre el arancel MAI:

I. ARANCEL MAI COMO BASE PARA FIJAR PRECIOS MÁXIMOS DE EXÁMENES

En cualquier propuesta que quiera conocer el precio justo de una acción o prestación de salud, se debe buscar un patrón de eficiencia para situar el estándar, y ese efectivamente puede ser encontrado en el sector público, pero el instrumento de referencia seleccionado, el **Arancel del Fondo Nacional de Salud (FONASA) para la Modalidad Atención Institucional (MAI)**, tiene evidencias de que requiere una revisión importante.

Cada año, el FONASA hace una propuesta de aranceles que incluye un reajuste al valor de las prestaciones a partir de los inflatores de sueldos y de bienes y servicios informados por el Ministerio de Hacienda. Existen varias publicaciones que señalan que este arancel no refleja necesariamente las variaciones reales en los costos de los distintos factores productivos utilizados para la provisión de prestaciones de salud, describiendo brechas entre los costos reales y el arancel. (Cid & Bastias, 2014). En el caso de las prestaciones

realizadas en el proceso de hospitalización desde el 2020, se inicia el pago paquetizado según Grupos Relacionados a Diagnósticos o GRD, que pretende ser un factor de mejor sostenibilidad financiera de los hospitales y de incentivo al uso racional de los recursos y de un proceso de atención más seguro.

En particular, en el estudio de costeo financiado por FONASA el año 2011, y realizado por el Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica, señala que de las prestaciones costeadas, en el 62% de ellas el costeo fue superior al Arancel MAI y en un 38% fue inferior a este mismo arancel, mostrando una gran variación en los porcentajes superiores o inferiores al arancel MAI, que van de 158% hasta -51% (Ilustración 2). (Cid y cols, 2012)

Grupo	Código Prestación	Glosa	Costo Total	Precio MAI 2011	Var % (CT/MAI)
18	18-01-001	Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia)	48.972	30.950	58%
18	18-02-003	Inguinal, crural, umbilical, de la línea blanca o similares, recidivada o no, simple o estran	173.999	142.300	22%
18	18-02-004	Laparotomía exploradora, c/s liberación de adherencias, c/s drenaje, c/s biopsias como p	261.713	132.540	97%
18	18-02-023	Gastrectomía total o sub-total ampliada (incluye esplenectomía y pancreatoc	579.348	705.310	-18%
18	18-02-028	Colecistectomía c/s colangiografía operatoria	231.269	232.570	-1%
18	18-02-053	Apendicectomía y/o dren. absceso apendicular (proc. aut.)	179.103	159.170	-13%
18	18-02-081	Colecistectomía por videolaparoscopia, proc. completo	320.114	308.680	4%
18	18-02-101	Diafragmática por vía abdominal o cualquiera otra hernia con uso de prótesis (incluye el y	321.550	373.960	-14%
19	19-01-028	Hemodiálisis con bicarbonato con insumos (por sesion)	41.871	43.850	-5%
19	19-01-029	Hemodiálisis con bicarbonato con insumos (tratamiento mensual)	503.637	591.930	-15%
19	19-02-082	Circuncisión (incluye sección de frenillo, y/o de sinequias bálano-prepuciales, y/o incid	133.066	119.260	12%
20	20-01-002	Colposcopia	13.213	5.780	129%
20	20-01-010	Monitoreo fetal estresante, con control permanente del especialista y tratamiento de las	26.658	10.290	159%
20	20-03-004	Ligadura o sección uni o bilateral de las trompas (Madlener, Pomeroy, o similares) (proc.	106.360	132.540	-20%
20	20-03-010	- Total o ampliada	242.727	349.520	-31%
20	20-03-012	Conización y/o amputación del cuello, diagnóstica y/o terapéutica c/s biopsia	66.379	114.660	-42%
20	20-03-016	Histerectomía total c/intervención incontinencia urinaria, cualquier técnica	219.958	375.500	-41%
20	20-03-023	Prolapso anterior y/o posterior con repar., incontinencia urinaria por vía extravaginal o c	171.615	232.570	-26%
20	20-04-002	- Raspado uterino diagnóstico o terapéutico por metrorragia o por restos de aborto	60.043	89.460	-33%
20	20-04-006	- C/s salpingoligadura o salpingectomía	128.310	118.350	8%
20	20-04-103	Parto normal	58.321	118.340	-51%

Ilustración 2: Costeo códigos 18-20 comparados con MAI

II. FALSA HOMOLOGACIÓN DE LOS EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS.

La utilización de diferentes pruebas diagnósticas en el ámbito sanitario constituye una práctica muy extendida en todas las especialidades médicas, dada la necesidad de conocer qué entidad está afectando a la persona, reconocer la eficacia de un determinado tratamiento para una afección dada, el seguimiento en el largo plazo para titular un tratamiento médico o el evaluar el resultado de un tratamiento quirúrgico o de radioterapia y para entregar un pronóstico a las personas. Desde el punto epidemiológico, son las pruebas diagnósticas las que en determinadas condiciones de prevalencia de la condición en una población determinada y la propia sensibilidad y especificidad de la prueba las pueden convertir en pruebas de tamizaje para aquellas condiciones que pueden ser prevenibles o en las que podemos anticiparnos al daño.

Una consideración muy relevante es que en muchas ocasiones no existe una sola prueba que permita asegurar un diagnóstico, y en esa misma línea, en escasas ocasiones existe un examen o procedimiento que se constituye como **Gold Standard**, el que habitualmente puede ser muy riesgoso para los pacientes. Con frecuencia nos enfrentamos a un grupo de exámenes que tienen distintas propiedades diagnósticas (sensibilidades, especificidades y

valores predictivos positivos o negativos) y deben ser utilizados, en el mejor de los casos, siguiendo protocolos consensuados por expertos basados en la mejor evidencia disponible. Es así como en el proceso de atención existen dos formas clásicas de abordar el desafío diagnóstico, dependiendo de la agudeza de la enfermedad y gravedad de la persona:

- En una situación de emergencia, se solicitan varias pruebas diagnósticas en paralelo para optimizar el tiempo en la toma de decisión terapéutica.
- En los pacientes electivos, donde no existe el riesgo agudo y grave, se realiza una planificación diagnóstica secuencial. Este abordaje habitualmente se basa en la evidencia y la epidemiología clínica.

Podríamos clasificar las pruebas diagnósticas en consideración al riesgo para el paciente, a la complejidad de la tecnología a implementar y según el informe del estudio y la interpretación del resultado del estudio en el marco de la presentación clínica del paciente.

a. Riesgo

En el caso de las pruebas según su riesgo, existen pruebas de alto riesgo como aquellas que se realizan en pabellón quirúrgico o sala de procedimientos, con anestesia y que requieren recuperación. En este tipo de procedimientos diagnósticos donde las competencias del equipo de salud, en especial del operador, las condiciones estructurales y de procesos de la institución que aseguren la prevención, control o mitigación de los riesgos clínicos y del equipamiento resultan claves. Este último aspecto requiere de sistemas de mantención y reparación de equipos oportunos y adecuados. En este grupo la experiencia y competencia de los operadores junto a la protocolización de la práctica clínica pueden asegurar buenos resultados.

Existe un grupo de pruebas, en especial de laboratorio clínico, que son muchas de ellas automatizadas, donde el informe es basado en un punto crítico que clasifica los resultados, y la mayoría no requiere un informante. Existe amplia protocolización de los procesos que intervienen en la producción de estos, y por tanto presentan un riesgo medio o bajo.

b. Complejidad tecnológica

Las tecnologías de la salud avanzan en algunas áreas a velocidad vertiginosa, como por ejemplo la **medicina de precisión** (diagnóstico genéticos o biomoleculares), los diagnósticos de imágenes como la Tomografía por Emisión de Positrones o PET CT (fundamental para el diagnóstico y etapificación de una variedad de problemas oncológicos), y los exámenes funcionales. Estos se caracterizan por una gran inversión en equipamiento de laboratorios, capacitación y especialización de los operadores y de los informadores del resultado.

c. Exámenes dependientes de la experiencia del operador y del informador

Existen exámenes en que se requiere para su realización e interpretación, condiciones particulares del operador, como formación técnica general, número de exámenes realizados, experiencia del operador en la especialidad y conocimientos formales del área en particular, pues en estos exámenes no existe un punto crítico

que permita señalar si el resultado es positivo (afirma la sospecha diagnóstica) o negativo (rechaza la sospecha diagnóstica), sino que son un conjunto de elementos que deben ser ponderados para afirmar o negar la sospecha diagnóstica. Aún persisten en regiones y en la periferia de Santiago, pequeños centros de salud o centros médicos que incorporan al proceso de atención, algunos exámenes y procedimientos diagnósticos operador-dependientes.

Dados estos elementos, existen pruebas diagnósticas de amplio uso en la práctica clínica por lo que se realizan en grandes volúmenes y se dispone de una amplia oferta a nivel nacional, y por otro lado, existen grupos de exámenes, sobre todo en áreas de Anatomía Patológica e Imagenología que, por la inversión tecnológica y de capital humano que demandan, están concentrados en capitales regionales o incluso de manera casi exclusiva en la Región Metropolitana.

Estas diferencias en los tipos de procedimientos y exámenes diagnósticos generan diferencias en los factores productivos más relevantes y por tanto en su estructura de proceso y de costos. Los cambios en los aranceles los afectarían de forma distinta, siendo una de sus consecuencias los cambios en los planes diagnósticos, por cuanto la actual disponibilidad, oferta y accesibilidad territorial de los mismos podría sufrir cambios.

III. LA FIJACIÓN DE PRECIOS DE EXÁMENES NO GARANTIZA EL ACCESO RACIONAL, EFECTIVO Y SEGURO AL DIAGNÓSTICO

No existe una sola estrategia para lograr este propósito, la literatura señala que se deben utilizar variadas estrategias para lograrlo, desde medidas de control o regulación de la oferta, institucionalidad con capacidad de fiscalizar el cumplimiento de estas medidas, y sobre todo, generar no solo un observatorio de precios, sino que una institución autónoma que genere evidencia científica accesible, protocolización o guías clínicas, que releve las mejores prácticas de las redes de salud nacionales o internacionales, realizando Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias, y una institucionalidad que fortalezca los ámbitos de calidad y seguridad de la atención y de políticas públicas en salud. (Peiro, Desde las variaciones en la práctica médica a la toma de decisiones compartida, 2003) (Ilustración 3)

Tabla 1. Estrategias de gestión sanitaria y clínica frente a las variaciones en la práctica médica

Nivel	Estrategias básicas	Políticas de gestión clínica y sanitaria
Política sanitaria	Asumiendo la presencia de incertidumbre e intentando reducir la utilización	Control de la oferta Sistemas de pago capitativos Gatekeeping
	Intentando contribuir a la reducción de la incertidumbre	Apoyo a la investigación clínica y las estrategias "Medicina basada en la evidencia" Evaluación de la efectividad y costo-efectividad de las tecnologías médicas previa a su incorporación a la cartera de servicios de los sistemas de salud: <i>Outcomes Research</i> , agencias de evaluación de tecnologías, organismos tipo <i>National Institute of Clinical Effectiveness</i>
Gestión sanitaria	Asumiendo la presencia de incertidumbre e intentando reducir la utilización o la variabilidad	Pago prospectivo por proceso (control del coste unitario, pero no de la cantidad de servicios) Perfiles de comparación de proveedores en utilización, costes y resultados (profiling, benchmarking) Revisión de la utilización (<i>utilization review</i>) Incorporación de técnicas de garantía/mejora de calidad y de reducción de la variabilidad: gestión de procesos, guías de práctica, trayectorias clínicas (<i>clinical pathways</i>) Gestión de enfermedades (<i>disease management</i>)
Gestión y práctica clínica	Intentando reducir la ignorancia	Síntesis y difusión a los clínicos de la "mejor evidencia" de forma eficaz, comprensible y rápida: Colaboración Cochrane, revistas de resúmenes comentados, etc. Audít y <i>feed-back</i> sobre los propios resultados Guías y trayectorias basadas en la evidencia
	Intentando reducir la incertidumbre	Investigación clínica y <i>outcomes research</i> Conferencias de consenso
	Asumiendo la presencia de incertidumbre e intentando incorporar las preferencias de los pacientes	Elección de los pacientes basada en la evidencia (<i>evidence based patient choice</i>) y ayudas a la toma de decisiones de los pacientes (<i>decision aids</i>) Toma de decisiones compartidas (<i>shared decision making</i>)

Fuente: Adaptada de Peiró S¹⁴.

Ilustración 3: Estrategias de políticas sanitarias que inciden en VPC

IV. EFECTOS DE LA POLÍTICA DE REGULACIÓN DE PRECIOS

Considerando el Proyecto de Ley que ha sido presentado y tramitado por la Comisión de Salud del Senado, y en atención a lo anteriormente expuesto, se pronostican los siguientes efectos en el desregulado sistema de salud privada de nuestro país:

- A. Aumento de la centralización de la oferta de exámenes de mayor complejidad. Este asunto afectará la oferta, disponibilidad y acceso a estos exámenes en territorios de menor densidad poblacional, especialmente en regiones, generando el traslado de las personas a grandes ciudades y/o zonas metropolitanas, con el consiguiente impacto en la equidad territorial, oportunidad diagnóstica y gasto de bolsillo de los pacientes, asunto que en la actualidad no presenta cobertura financiera por parte de ningún seguro de salud.
- B. Probable cierre de centros médicos o instituciones de salud de formato pequeño con oferta de exámenes diagnósticos cercanos al territorio, o dedicación exclusiva de estos hacia servicios de atención médica en exclusiva, disminuyendo la resolutivez autónoma de los mismos e impactando en la continuidad del cuidado de los pacientes que acceden a estos centros médicos.
- C. Desincentivo a la incorporación de exámenes complementarios y procedimientos de problemas de salud de baja incidencia o de baja demanda sin oferta suficiente del sector público.
- D. Menor disponibilidad de exámenes de mediana a alta complejidad, tanto para pacientes FONASA que optan a la Modalidad Libre Elección, como para pacientes en atención institucional en establecimientos que no cuenten con las tecnologías y/o el capital humano para realizar estos exámenes.

- E. Eventual compromiso en la calidad de los exámenes y procedimientos diagnósticos, a merced de ajustes en sus estructuras de costos de carácter fijo.
- F. Disminución de los incentivos para que los médicos y otros profesionales con especialidades vinculadas a estudios y procedimientos diagnósticos se destinen en territorios con menor densidad poblacional o más bajo desarrollo de tecnologías diagnósticas.
- G. Aumento de exámenes y procedimientos a partir de estrategias de tamizajes con poca evidencia para aumentar volumen de demanda de las prestaciones, descremando la parrilla de exámenes a disponer según margen y no de acuerdo a planes diagnóstico eficaces y racionales.
- H. Disminución en los costos a financiar por parte de los seguros privados (ISAPRE), los que, de mantener los precios de sus planes actuales, verán aumentadas sus utilidades operacionales.
- I. Variación, por parte de los prestadores privados de salud, de las estructuras de costos de los exámenes y procedimientos diagnósticos, sobre todo en aquellos factores que aumentarán su disponibilidad como consecuencia de la “autorregulación” de los prestadores institucionales frente a esta normativa puntual, en concreto, los recursos humanos que se requieren para la ejecución de estas prestaciones. Esta situación precarizará aún más el trabajo de los médicos y otros profesionales que se desempeñan en este ámbito, dado que son el principal *componente variable* de los costos de los exámenes
- J. Variación, por parte de los prestadores privados de salud, de las estructuras de costos vinculadas a acciones de salud distintas de los exámenes y procedimientos diagnósticos, de manera de compensar los menores ingresos a percibir por estas instituciones si es que este proyecto de ley entra en régimen.

V. RECOMENDACIONES

En base a la necesidad actual de incorporar regulaciones sistémicas y sistemáticas en el descontrolado sistema de salud privado de Chile, pero atendiendo las particularidades de un país tan desigual y extenso en territorio como el nuestro, el Colegio Médico de Chile se permite generar las siguientes recomendaciones a incorporar en el mediano a largo plazo, indistintamente de si con posterioridad se logra avanzar en una gran reforma al Sistema de Salud, y que considere a los prestadores de acciones sanitarias de carácter público y privado, con el objeto de ser incorporados en el trámite legislativo asociado al proyecto de ley en comento:

- A. Desarrollar un nuevo costeo de las prestaciones incorporadas en el Arancel FONASA MAI.
- B. Desarrollar Planes diagnósticos prioritarios e incorporarlos al pago por paquetes de resolución diagnóstica en la atención ambulatoria y con GRD en la atención hospitalizado

- C. Avanzar en una institucionalidad robusta de carácter autónomo, que genere inteligencia sanitaria, protocolos y guías de práctica clínica, evaluación de tecnologías sanitarias y recomendaciones en estrategias de salud. (NICE Chileno)
- D. Fortalecer las facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Salud, no solo de planes de salud, sino que de las medidas regulatorias de la oferta.

REFERENCIAS:

Anderson GF, Reinhardt UE, Hussey PS, Petrosyan V. It's the prices, stupid: why the United States is so different from other countries. *Health Affairs*. 2003;22(3):89-105.

Anderson GF, Hussey P, Petrosyan. It's still the prices, stupid: why the US spends so much on health care, and a tribute to Uwe Reinhardt. *Health Affairs*. 2019;38(1):87-95.

Barber S, Kumar A, Roubal T, Colombo F, Lorenzoni L. 2018. Harnessing the private health sector by using prices as a policy instrument: Lessons learned from South Africa. *Health Policy* 122 (2018) 558–564

Barber S, Lorenzoni L, Ong P. 2019a. Institutions for health care price setting and regulation: A comparative review of eight settings. *Int J Health Plann Mgmt*. 2020;35:639–648.

Barber S, Lorenzoni L, Ong P. 2019b. Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Cid P, Camilo, & Bastías S, Gabriel. 2014. Evaluando la situación financiera de los hospitales públicos a partir de los costos actualizados de sus prestaciones. *Revista médica de Chile*, 142(2), 161-167. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000200003>

Cid C, Bastías G, Sánchez J, Sgombich X, Prieto L, Peñaloza B, et al. 2012. Estudio de costos de prestaciones de salud 2011. FONASA - Departamento de Salud Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Márquez P. 1990. Cost containment in health in the Americas. Health Policy and Planning, Vol. 5, No. 4, 1990.

Morgan, D. J., Dhruva, S. S., Coon, E. R., Wright, S. M., & Korenstein, D. 2019. 2019 Update on Medical Overuse: A Review. JAMA internal medicine, 179(11), 1568–1574. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.3842>

Paris V, Devaux M, Wei L. 2010. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers No. 50. <https://dx.doi.org/10.1787/5kmfxfq9qbnr-en>

Peiro, Salvador & Meneu, Ricard. 1998. Variaciones en la práctica médica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria. Gaceta Sanitaria. 12. 55–58.

SERNAC. 2011. Estudio de precios: Diferencias de más de 2 mil por ciento en precios de exámenes en clínicas privadas. <https://www.sernac.cl/portal/619/w3-article-3049.html>