



Jornada de Directores/as de Salud Primaria de Chile
Comisión de Salud – AChM
3 y 4 de julio de 2023

Hacia la universalización del sistema de salud: Consideraciones sobre el financiamiento del nivel primario municipal

David Debrott Sánchez

Economista

ddebrott@yahoo.es

Preguntas ordenadoras

- ¿Es consistente la idea de universalización “solo” de la APS?
- ¿Qué debería cambiar en el financiamiento del nivel primario municipal con la universalización?
- **¿Dónde debemos concentrar los esfuerzos para fortalecer y mejorar las condiciones de financiamiento del nivel primario municipal?**

¿Es consistente la idea de universalización
“solo” de la APS?

En el mediano y largo plazo... claramente NO

- Los sistemas de salud, para tener impacto real en sus objetivos de desempeño, requieren mejorar el “acceso a servicios integrales” (Estrategia *Salud Universal*, OPS, 2014)
- Dar acceso “universal” a servicios del nivel primario municipal, *puede* contribuir a profundizar la fragmentación en la provisión de los servicios y la continuidad de la atención, sino hay una compleja articulación con proveedores privados y de FFAA
- Si no hay un financiamiento adecuado (en nivel, mecanismo de pago, asignación poblacional/territorial) será una carga adicional para muchos municipios pobres y contribuirá a profundizar la inequidad (gasto per cápita entre municipios)

En el corto plazo (piloto)... depende! (*condiciones*)

- De que se den pasos concretos en la reorganización de la red pública (Servicios de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales) para articular e “integrar” a proveedores de FFAA, Mutuales, privados sin fines de lucro y privados con fines de lucro “*dispuestos*” (*) para conformar una Red Integrada e Integral de Servicios de Salud (RIISS) que sea la base del sistema universal futuro
- De que se avance “en concreto” a la conformación del Fondo Universal de Salud, que es la base del programa de gobierno en salud y que permite que sea un ente público, sin fines de lucro, el que administre el total de los recursos en función de las necesidades de la población
 - Se debe terminar el subsidio público (cotizaciones obligatorias) a las primas de seguros privados con fines de lucro
 - No puede generarse una inconsistencia financiera entre: cotizaciones pagadas a Isapres *versus* servicios otorgados por el sector público (municipal con financiamiento fiscal) → otro subsidio hacia las Isapres

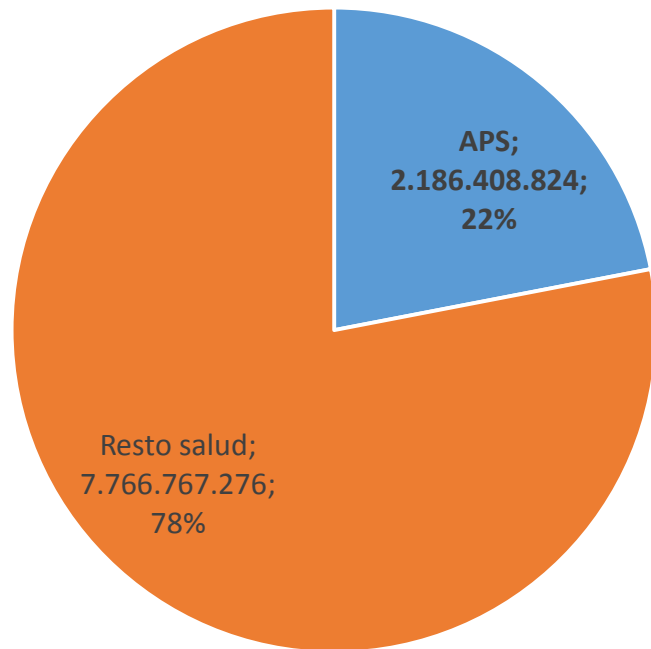
(*) *Dispuestos a operar en condiciones reguladas por el sistema público, donde la posibilidad de obtener excedentes (utilidades), depende de su eficiencia microeconómica y no de fallas de mercado y discriminación hacia los beneficiarios y pacientes.*

¿Qué debería cambiar en el financiamiento del nivel primario municipal con la universalización?

Primero un poco de contexto

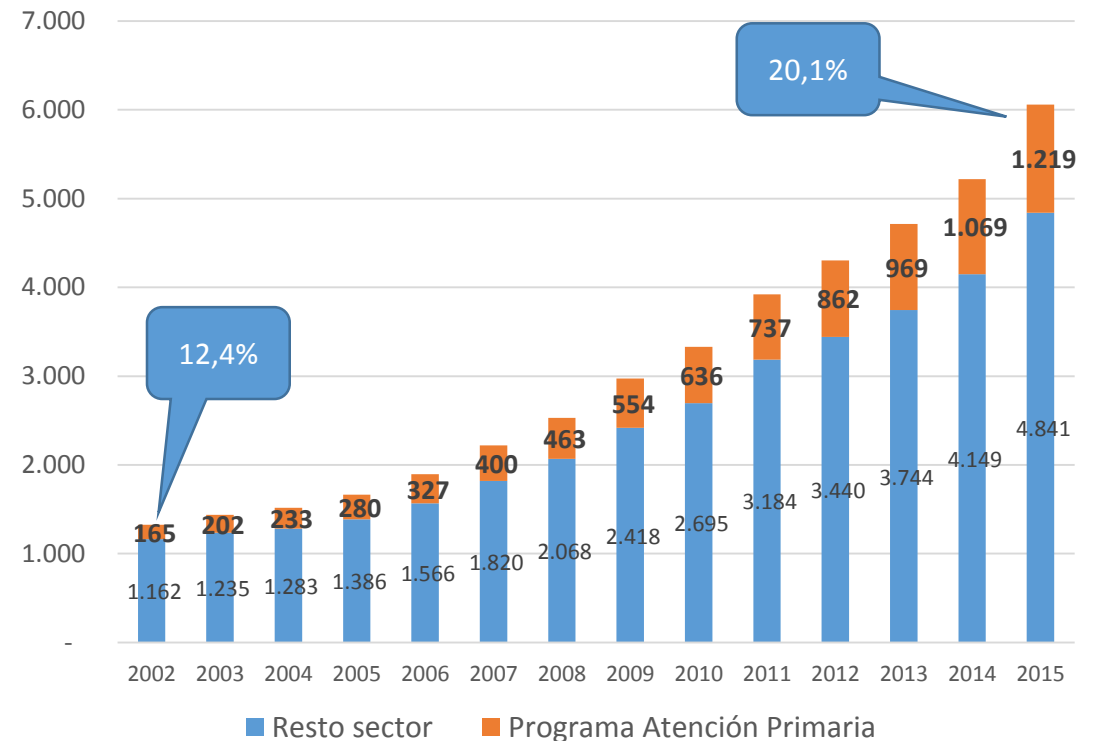
En 2021, el presupuesto de salud (Ley regular, excl. FET) alcanzó casi 10 billones y Atención Primaria representa un 22%

El presupuesto de Atención Primaria es casi 2,2 billones



Cifras en M\$

El presupuesto de salud en su conjunto y el Atención Primaria han crecido notoriamente en las últimas décadas



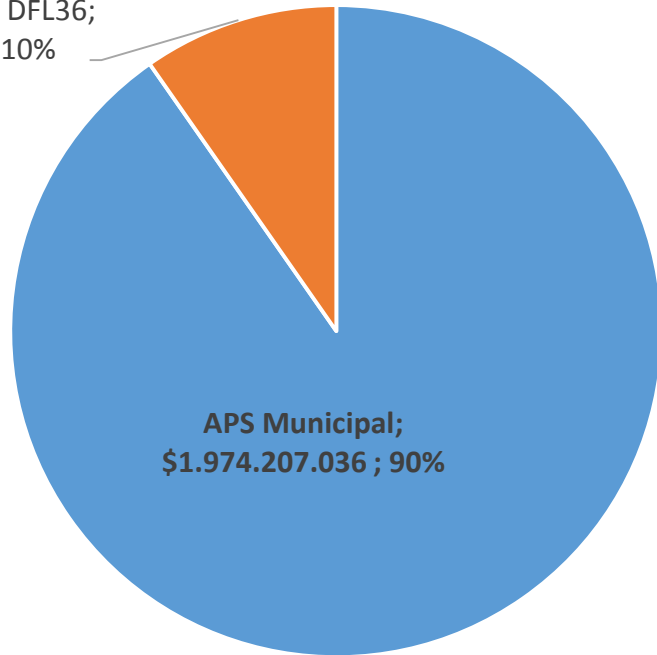
Cifras en Miles de MM\$

Fuente: DIPRES

En 2021, casi 2 billones de pesos son administrados por el sector municipal

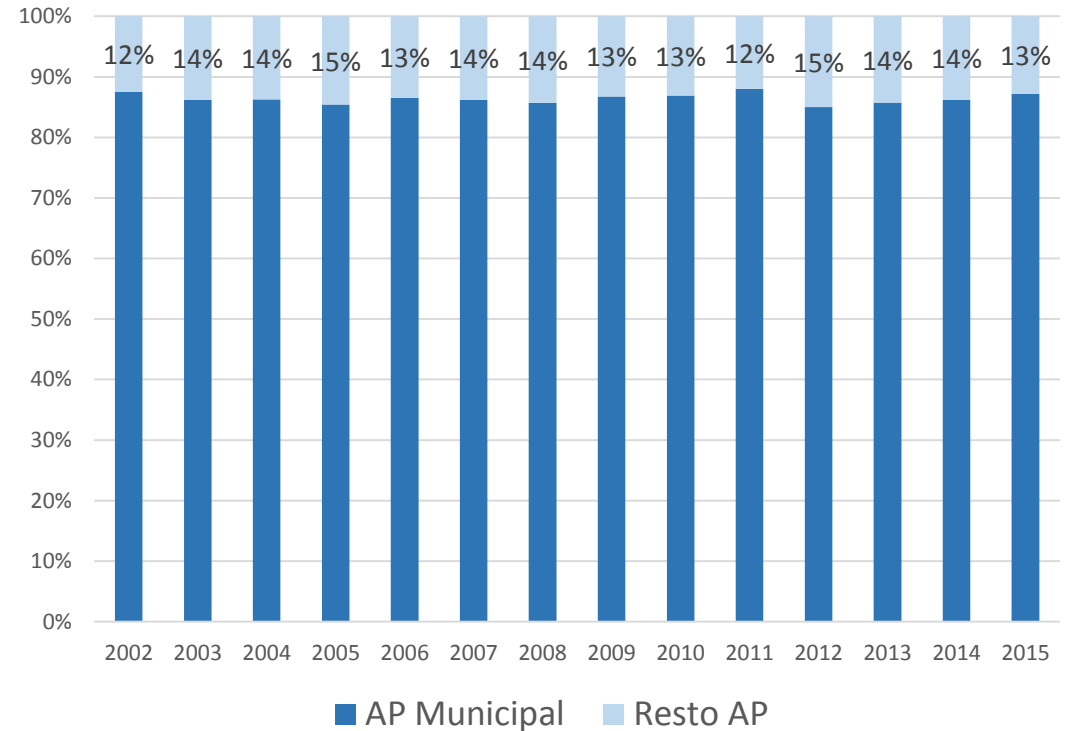
Mayoritariamente la Atención Primaria es administrada por municipios y corporaciones municipales

APS Centralizada + DFL36;
\$212.201.788 ; 10%



Cifras en M\$

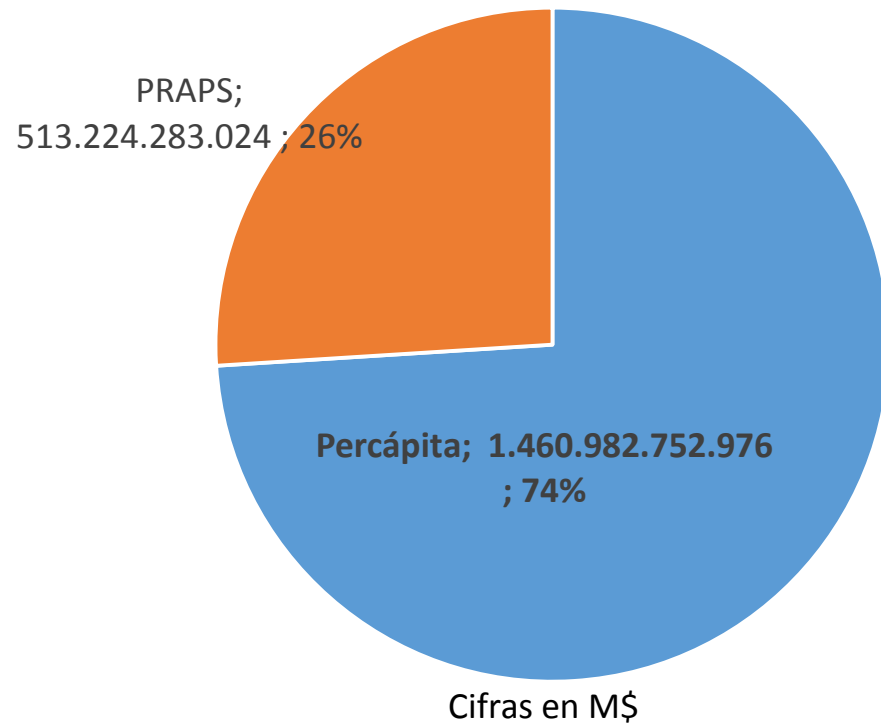
La participación de los municipios en el total del presupuesto de Atención Primaria aumentó en los últimos años



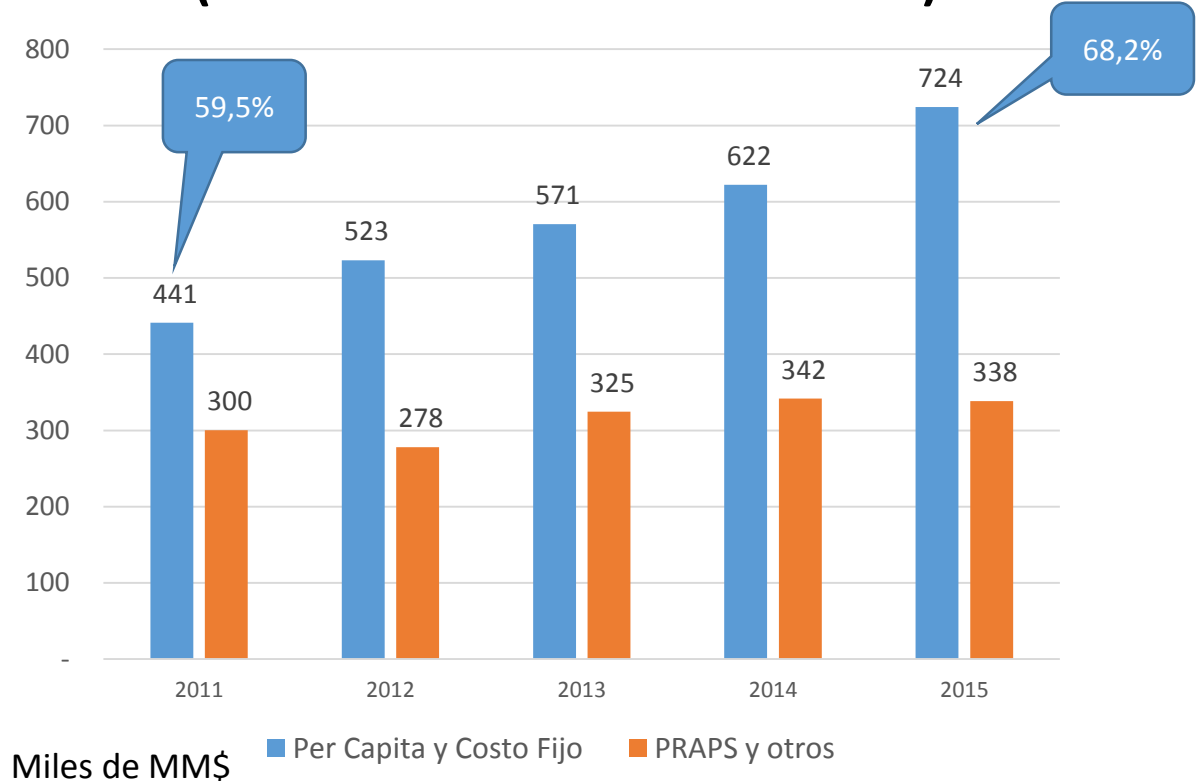
Fuente: DIPRES

En 2021, en Atención Primaria municipal, el 74% del Aporte Estatal se canalizó vía per cápita

26% se canaliza a través del Programas de Reforzamiento en Convenio y otros



El financiamiento per cápita gana participación año tras año por sobre los PRAPS (2015 era 68% → 2020 es 74%)

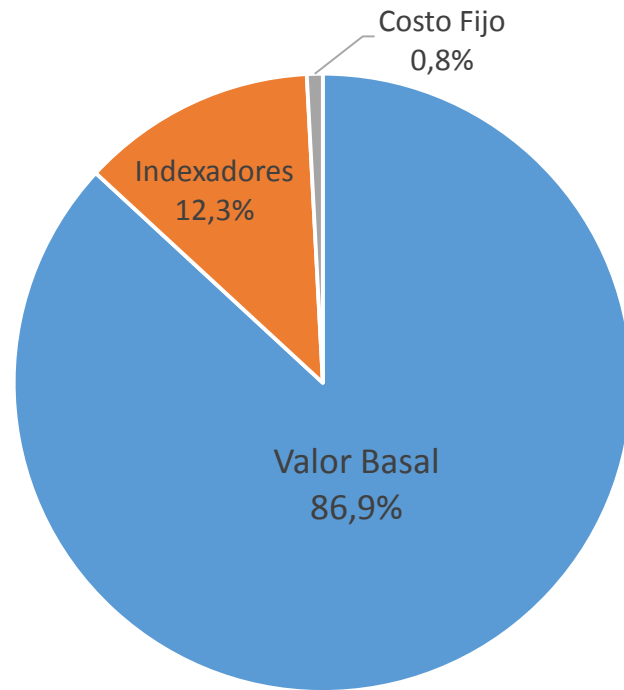


Fuente: DIPRES

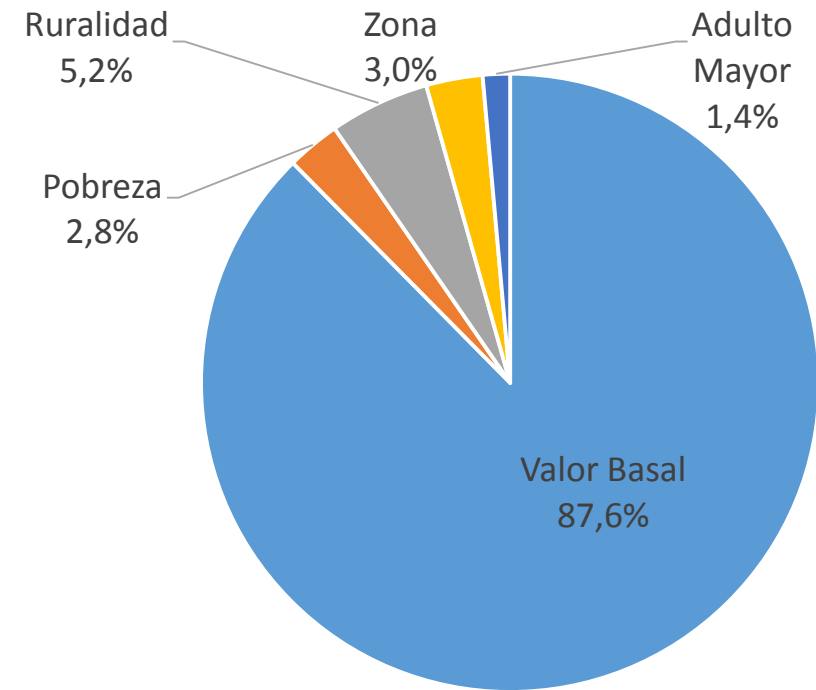
Nota: Per Cápita y Costo Fijo, excluye Desempeño Dificil

La mayor parte del financiamiento per cápita se sustenta en el valor basal

El financiamiento de comunas costo fijo es marginal en el financiamiento total del sistema



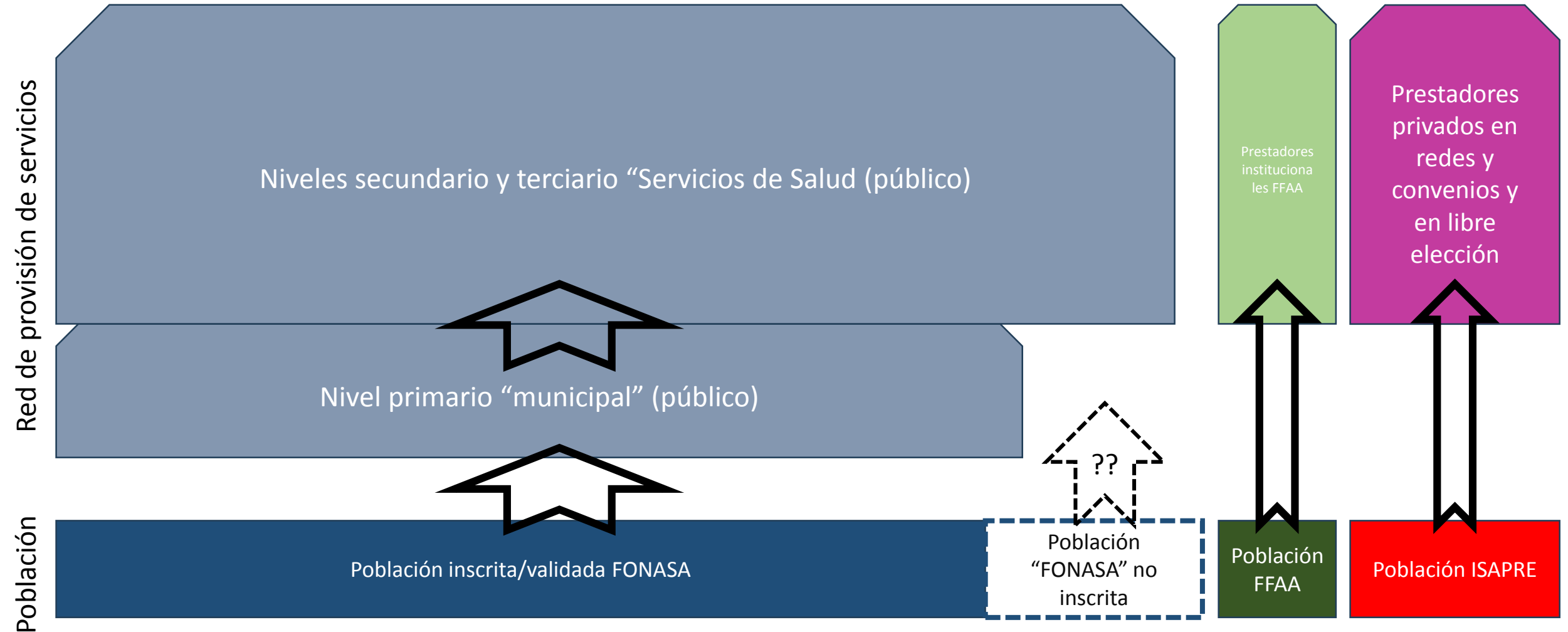
A nivel agregado, el impacto de cada indexador es marginal en el total del gasto



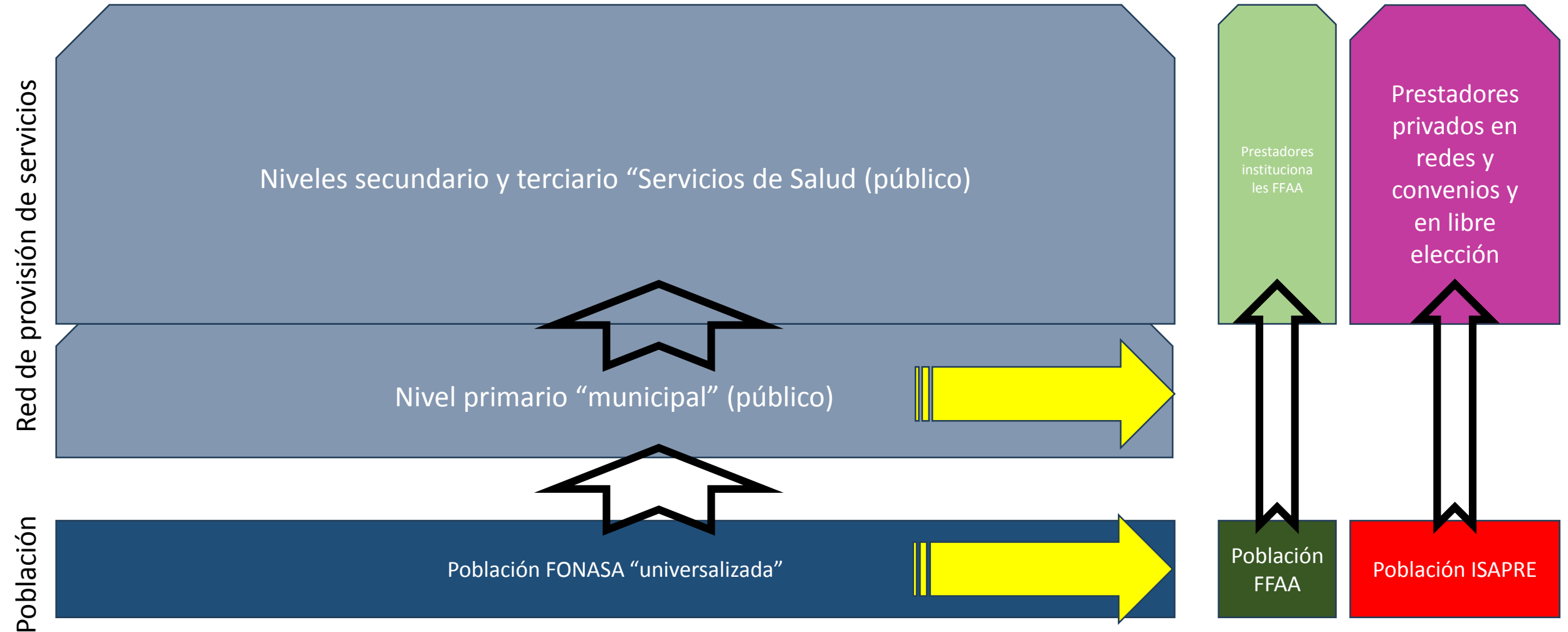
Fuente: DIPRES

Nota: Per Cápita y Costo Fijo, excluye Desempeño Difícil

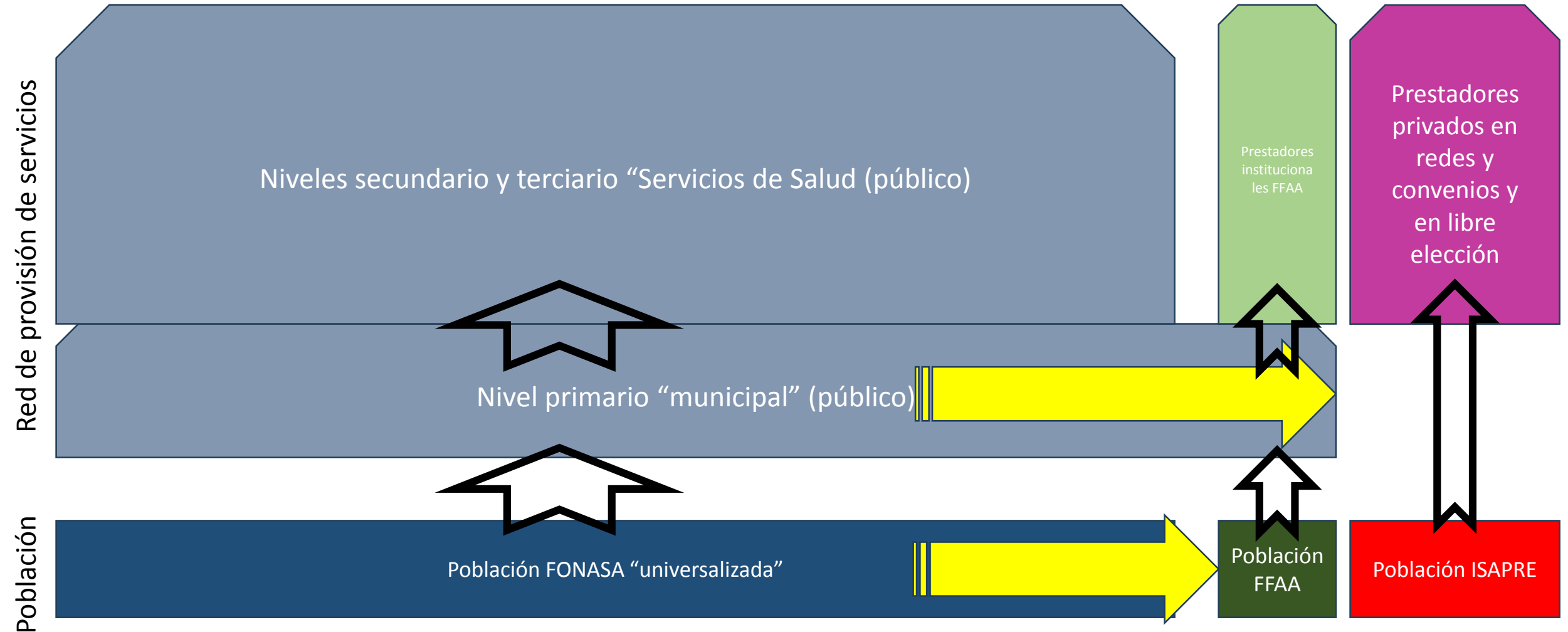
¿Qué hace la reforma actual de “universalización” del nivel primario municipal? (*Situación Actual*)



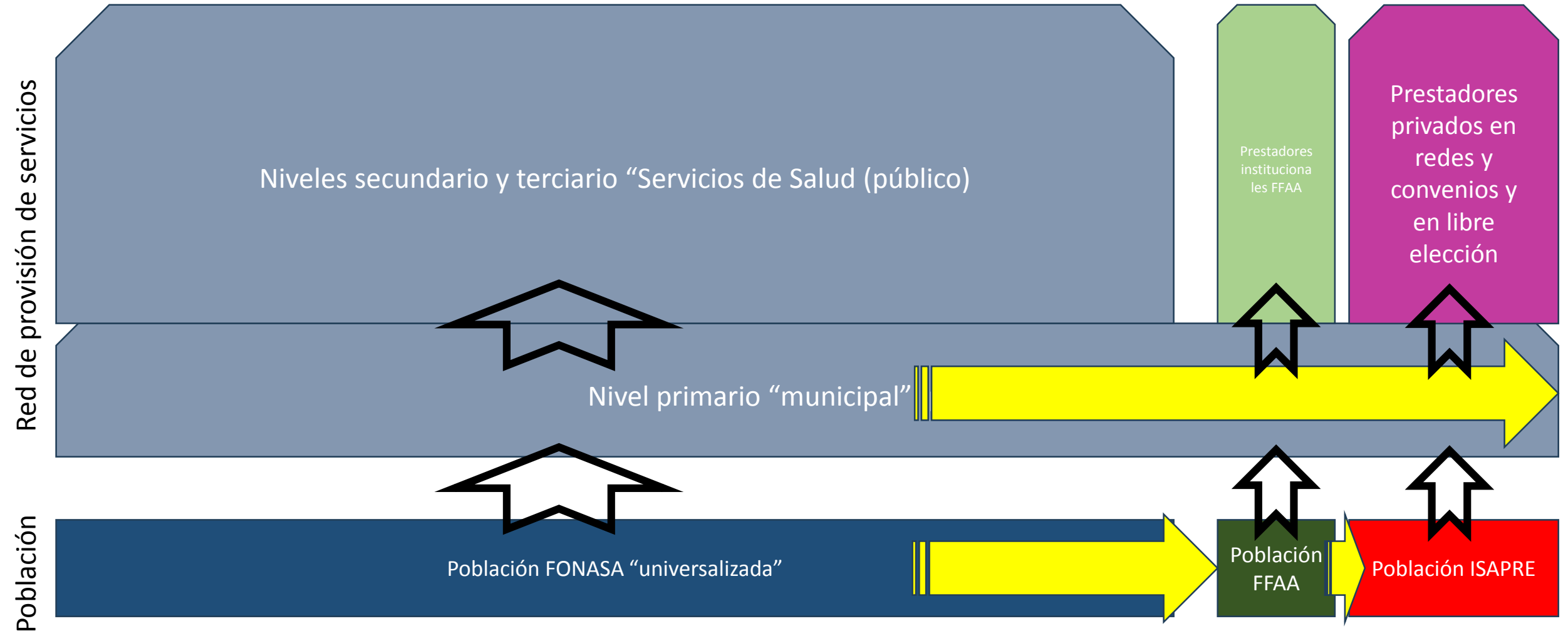
¿Qué hace la reforma actual de “universalización” del nivel primario municipal? (*Efecto “parcial” en segmento público*)



¿Qué hace la reforma actual de “universalización” del nivel primario municipal? (*Efecto “parcial” en segmento público*)



¿Qué hace la reforma actual de “universalización” del nivel primario municipal? (*Efecto “total” con segmento privado*)

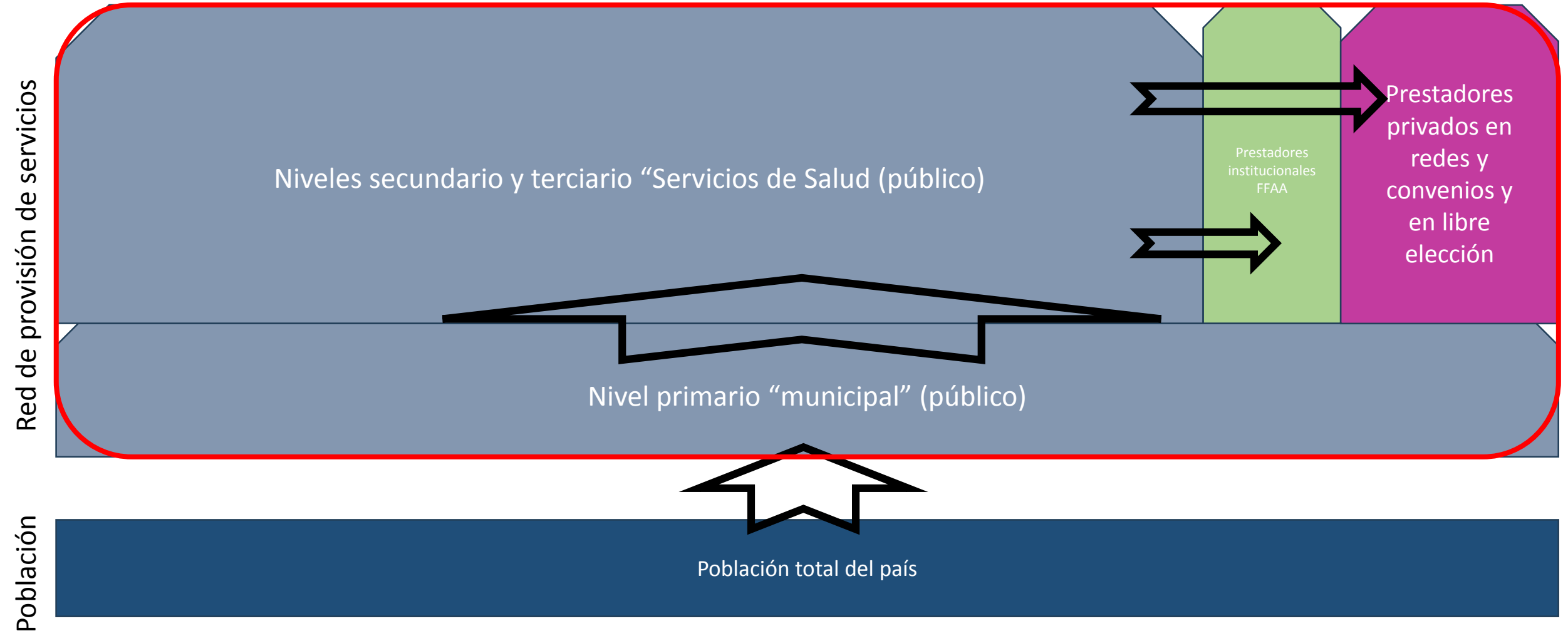


Lo que debe cambiar es...

- Fonasa debe pagar por:
 - Todos sus beneficiarios (independiente de la inscripción/validación) → aumento del Aporte Fiscal financiado vía impuestos
 - Nuevos beneficiarios de FFAA → aumento del Aporte Fiscal financiado vía mezcla de impuestos y reasignación desde Defensa a Salud
 - Nuevos beneficiarios ISAPRE → aumento del Aporte Fiscal financiado con Fondo Universal de Salud (fin del subsidio a seguros privados)
- Se debe aumentar el monto el financiamiento “per cápita”, estableciendo un compromiso explícito de metas a mediano y largo plazo (pe: 30% del total al año X)
- Se debe terminar el Aporte Municipal de Ingresos Propios a salud, ya que contribuye a la inequidad en el gasto
- Se debe rediseñar el Plan de Salud Familiar con foco en determinación y determinantes sociales de la salud; promoción y prevención; enfoque familiar y comunitario; y entender la estrategia de APS de manera integral, más allá del nivel primario municipal
- El Plan de Salud Familiar debe tener mecanismos de control de su cumplimiento e impacto, más allá de los IAAPS, con efectos financieros concretos (rediseño de incentivos)

Imagen a largo plazo de un sistema universal de salud

Red Integrada e Integral de Servicios de Salud

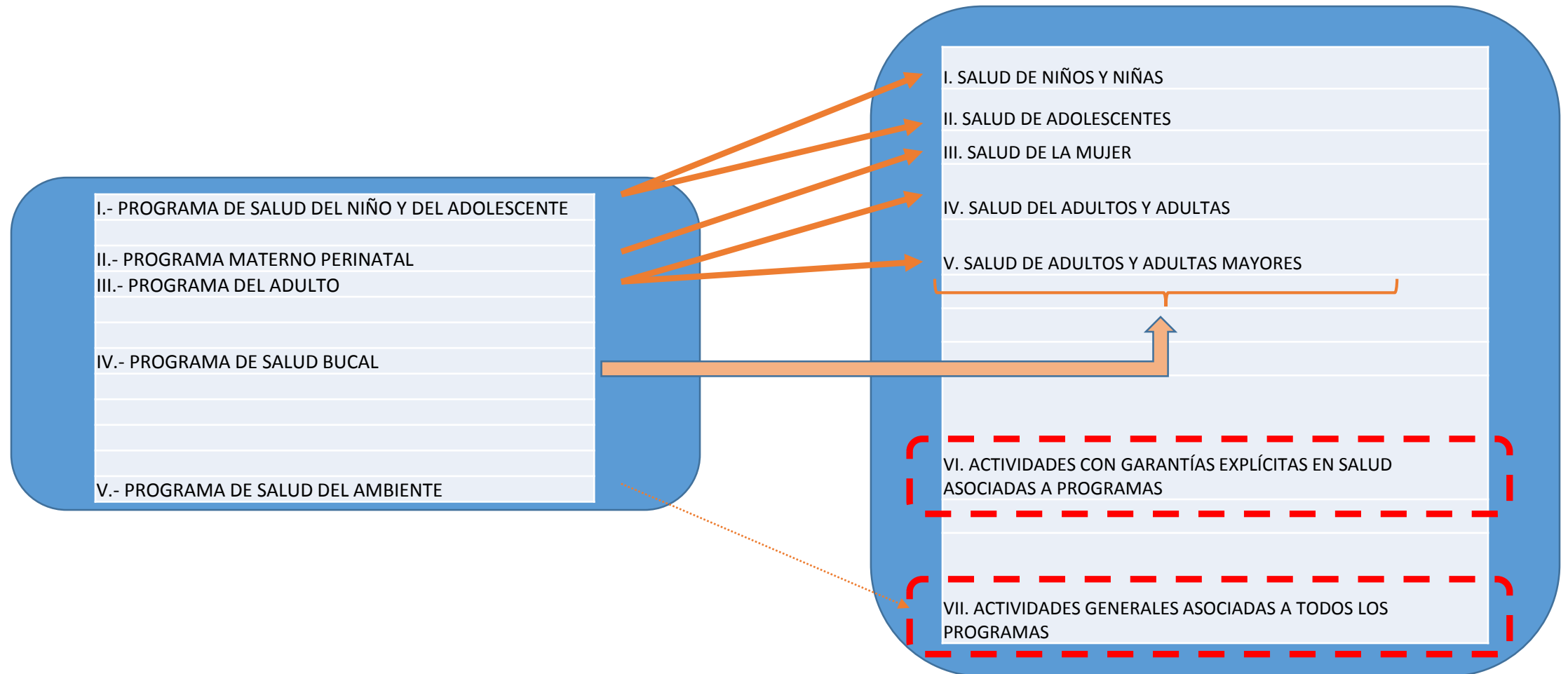


¿Dónde debemos concentrar los esfuerzos para fortalecer y mejorar las condiciones de financiamiento del nivel primario municipal?

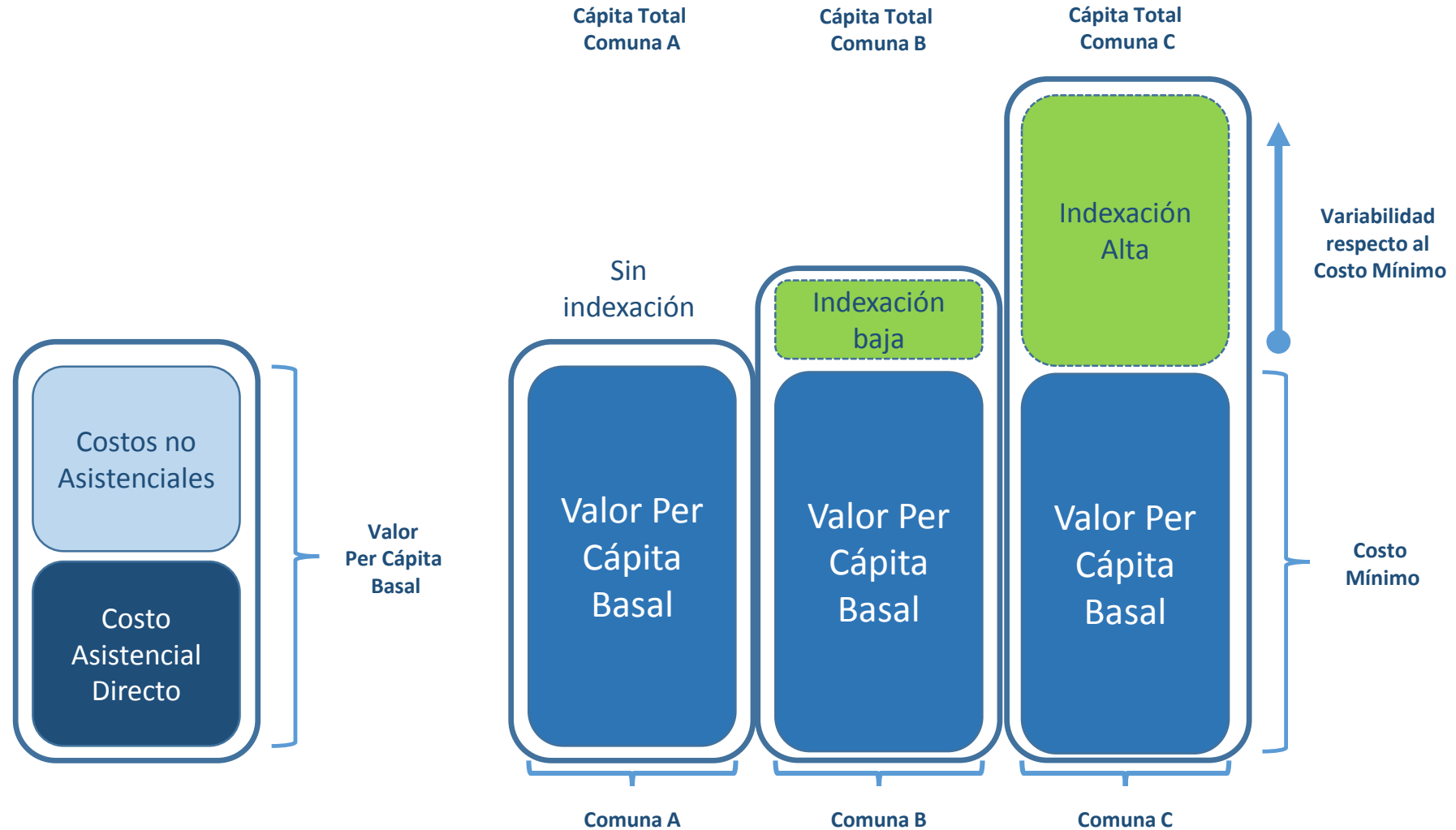
El Plan de Salud Familiar es una “canasta de valorización” que ha cambiado (aumentado) en el tiempo y que debe reformularse

Decreto 2000

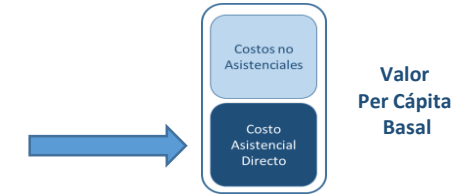
Decreto 2021



Visión general del mecanismo de pago percápita



Costo asistencial directo

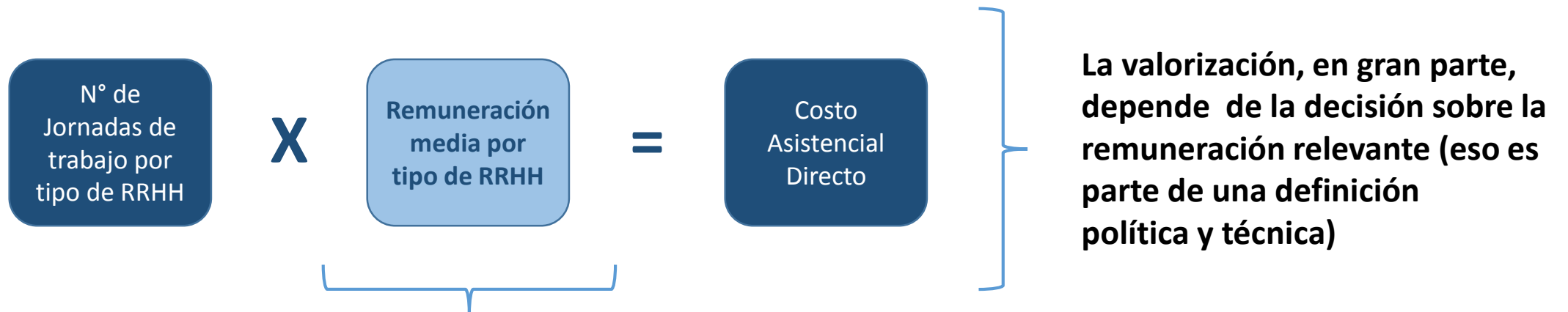


- Decreto Año X: establece N° actividades (o prestaciones) que representan el Plan de Salud Familiar (PSF)
- 1ra etapa del cálculo: Consiste en determinar el requerimiento de jornadas de trabajo (HH) por tipo de RRHH asistencial
- Parámetros que intervienen en el cálculo:
 - **Rendimiento del RRHH** → N° de atenciones por hora
 - **Coeficientes técnicos** → tipo de RRHH y grado de participación en la prestación
 - **Variables epidemiológicas** → Prevalencia / Incidencia (cuando corresponde)
 - **Cobertura** → Porcentaje de la población específica a atender
 - **Concentración** → N° de atenciones al beneficiario por año
 - **Usuarios simultáneos** → N° de beneficiarios que reciben cada prestación
 - **Grupo de población específica** → Definición de edad y sexo para la prestación

Costo asistencial directo



- 2da etapa del cálculo: Consiste en valorizar el requerimiento de jornadas de trabajo (HH) por tipo de RRHH asistencial

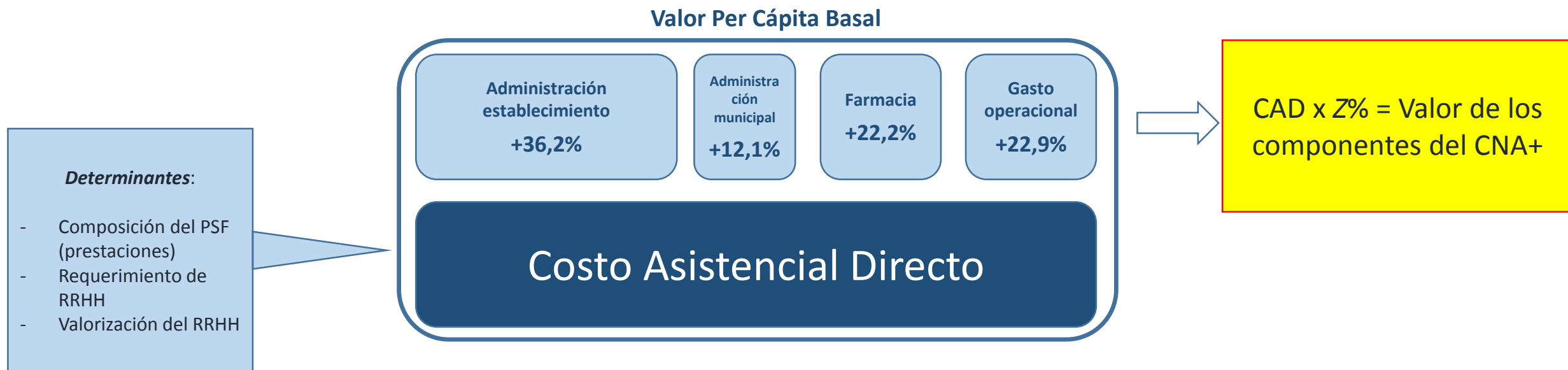


Pregunta relevante: ¿Cuál es la remuneración media a utilizar?

La estructura de Costo No Asistencial (CNA+) puede no reflejar la realidad en cada municipio



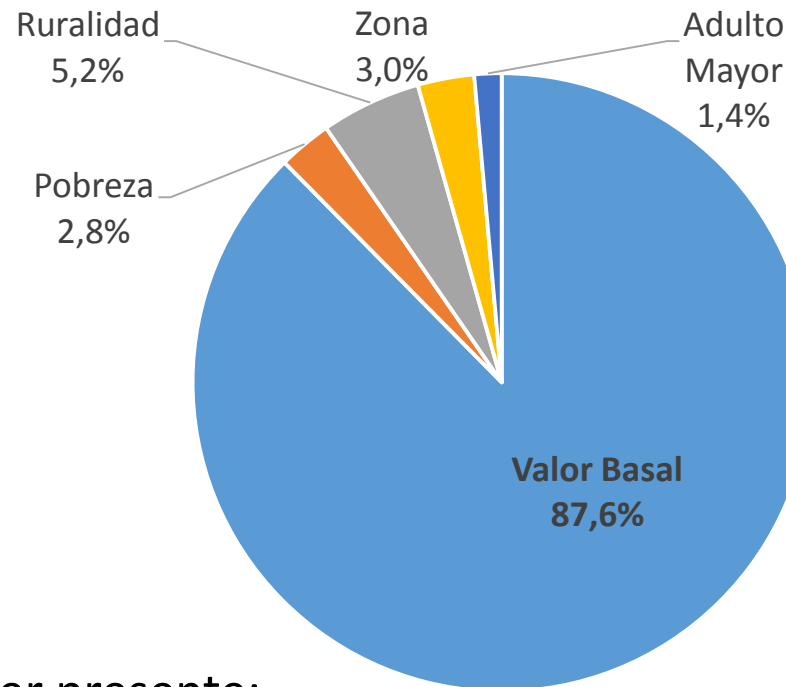
- Costo Asistencial Directo (CAD): Corresponde al costo del RRHH asistencial
- La metodología *percapita* asume que los componentes del Costo No Asistencial (CNA+) son proporciones fijas respecto del Costo Asistencial Directo (CAD)



La estructura de proporciones (Z%) data de mediados de 1990 (con ajustes menores) y, además, no refleja las realidades altamente heterogéneas de muchas comunas (es un promedio)

Indexadores: Deben ayudar a capturar la variabilidad del gasto, teniendo como base el costo mínimo

Recordar que los indexadores pesan poco en el total



• Fuentes de variabilidad desde la demanda:

- Estructura de población (edad y sexo)
- Estado de salud de la población
- Determinantes sociales de la salud (pobreza)

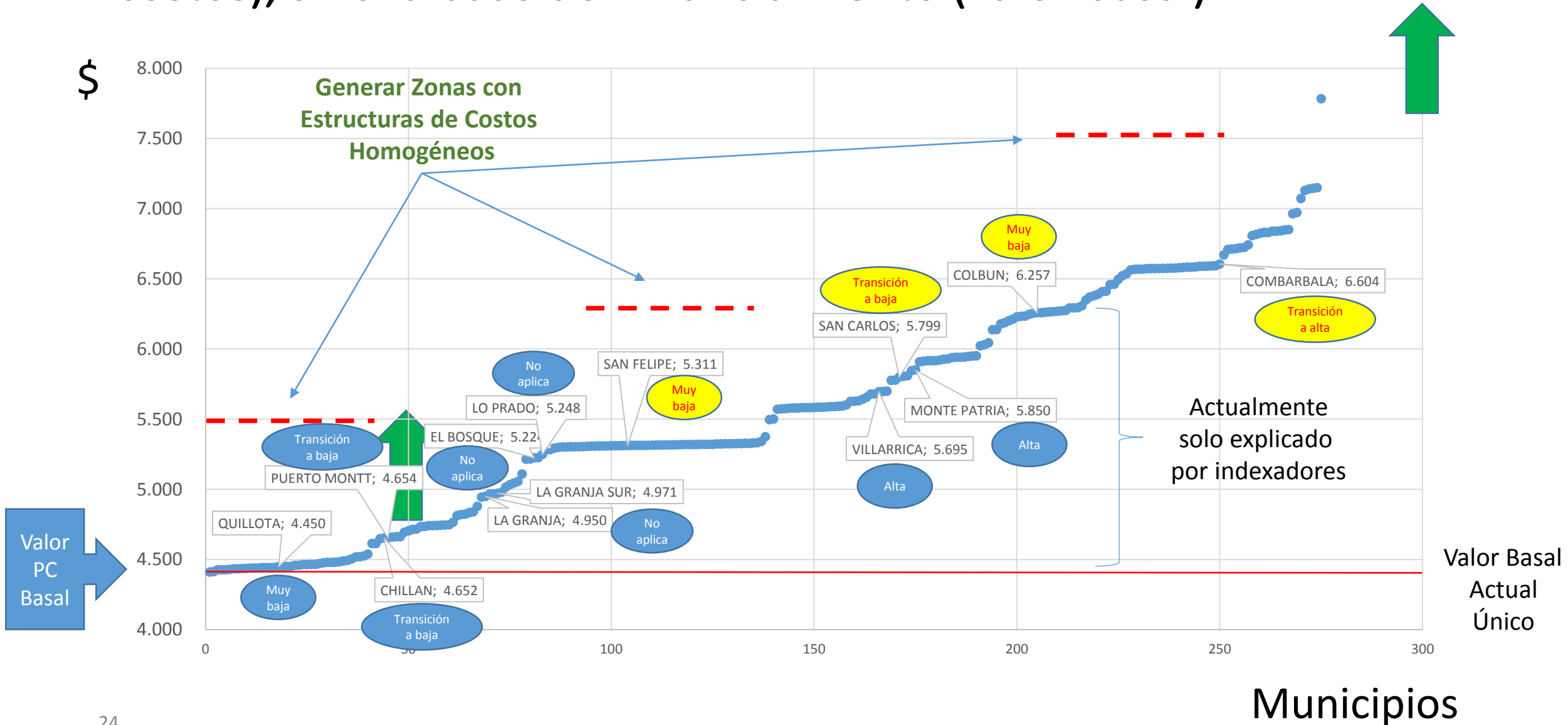
• Fuentes de variabilidad desde la oferta:

- Mayor costo laboral
- Mayor costo de insumos y gestión
- Complejidad de las condiciones de producción (variaciones de la función de producción tipo)

Tener presente:

- Indexadores reasignan recursos entre comunas y no agregan nuevos recursos
- Unas pocas variables pueden explicar mejor esa variabilidad que muchas variables

El problema de fondo NO es la indexación (variabilidad de costos), sino la base del financiamiento (valor basal)



Mensajes principales

- La universalización solo tiene sentido si es un paso inicial para una transformación mayor → hacia un sistema universal de salud
- La universalización debe estar articulada a un proceso de integración de la red pública con otros proveedores (incluyendo privados) y la constitución de un fondo universal → no puede crearse una “inconsistencia financiera”
- El (aumento del) financiamiento para el nivel primario municipal debe ser equivalente al aumento de la población (Fonasa no inscrita, FFAA, Isapres)
- Es muy relevante hacer un rediseño sanitario del Plan de Salud Familiar
- Al interior de un mecanismo de pago per cápita es posible insertar mejores mecanismos de control y logro de objetivos
- El problema central no está en la metodología del mecanismo per cápita en sí o en los indexadores o en los costos no asistenciales → está en el bajo nivel (brecha) del valor basal respecto al costo de provisión del Plan de Salud Familiar, especialmente la valorización del RRHH asistencial



Jornada de Directores/as de Salud Primaria de Chile
Comisión de Salud – AChM
3 y 4 de julio de 2023

Hacia la universalización del sistema de salud: Consideraciones sobre el financiamiento del nivel primario municipal

David Debrott Sánchez

Economista

ddebrott@yahoo.es