



Congreso de Atención Primaria de Salud .....  
Asociación Chilena de Municipalidades .....  
“Salud Familiar, un modelo a seguir o Renovar” .....

346  
COMUNAS,  
UN SOLO  
CHILE

## Financiamiento APS municipal y universal: Brecha actual e inconsistencia financiera

11 de diciembre de 2024

David Debrott Sánchez  
Economista

# Contenidos

- Evolución del Plan de Salud Familiar
- Costo y gasto indirectos
- Indexadores
- Brecha salarial
- APS universal e inconsistencias financieras

# Evolución del Plan de Salud Familiar (PSF) y cambios en valor

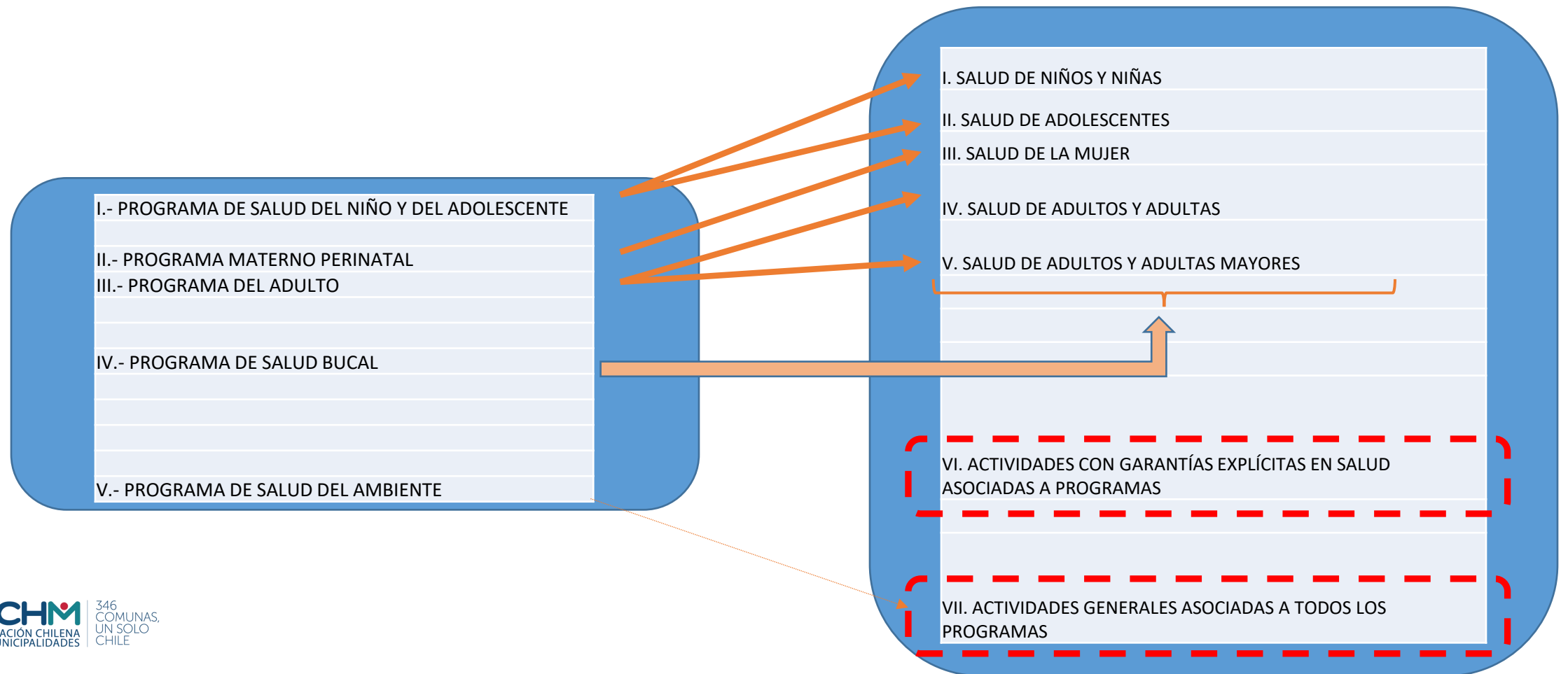


346  
COMUNAS,  
UN SOLO  
CHILE

# El PSF ha experimentado cambios sustantivos en sus casi 30 años y eso implica grandes saltos en su valor

## Decreto 2000

## Decreto 2024



# Programas Niños, Adolescentes y Maternal

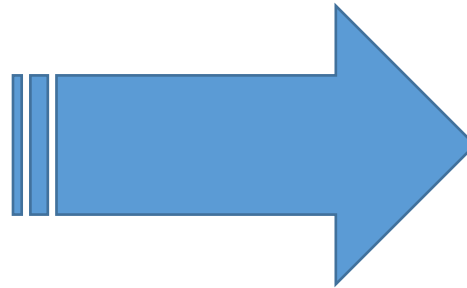
Decreto 2000

## I.- PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

- 1.- Control de salud del niño sano
- 2.- Evaluación del desarrollo psicomotor
- 3.- Control del niño desnutrido
- 4.- Control de lactancia materna
- 5.- Educación a grupos de riesgo
- 6.- Consulta nutricional
- 7.- Consulta de morbilidad
- 8.- Consulta por enfermedades de transmisión sexual
- 9.- Control de enfermedades crónicas
- 10.- Consulta social
- 11.- Consulta por déficit del desarrollo psicomotor
- 12.- Consulta kinésica
- 13.- Consulta del área de salud mental
- 14.- Inmunizaciones
- 15.- Visitas domiciliarias programadas
- 16.- Programa Nacional de Alimentación Complementaria

## II.- PROGRAMA MATERNO PERINATAL

- 17.- Control prenatal
- 18.- Control de puerperio
- 19.- Consulta y control de paternidad responsable
- 20.- Control ginecológico
- 21.- Educación grupal a grupos de riesgo
- 22.- Consulta obstétrica
- 23.- Consulta ginecológica
- 24.- Visita domiciliaria programada a grupos de riesgo y puérperas
- 25.- Consulta social
- 26.- Consulta del área de salud mental
- 27.- Programa Nacional de Alimentación Complementaria



## I. SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS

- Control de salud del niño sano.
- Evaluación del desarrollo psicomotor.
- Control de malnutrición.
- Control de lactancia materna.
- Educación a grupos de riesgo.
- Consulta nutricional.
- Consulta de morbilidad.
- Control de enfermedades crónicas.
- Consulta por déficit del desarrollo psicomotor.
- Consulta kinésica.
- Consulta y consejería de salud mental.
- Vacunación.
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
- Atención a domicilio.
- Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.
- Examen de salud odontológico.
- Educación grupal odontológica.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes).
- Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, pulpotomías).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia).
- Radiografías odontológicas.

## II. SALUD DE ADOLESCENTES

- Control de salud.
- Consulta morbilidad.
- Control crónico.
- Control prenatal.
- Control de puerperio.
- Control de regulación de fecundidad.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Control ginecológico preventivo.
- Educación grupal.
- Consulta morbilidad obstétrica.
- Consulta morbilidad ginecológica.
- Intervención Psicosocial.
- Consulta kinésica.
- Consulta nutricional.
- Consulta y/o consejería en salud mental.
- Atención a domicilio.
- Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.
- Examen de salud odontológico.
- Educación grupal odontológica.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes).
- Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, detartraje).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).
- Radiografías odontológicas.

## III. SALUD DE LA MUJER

- Control prenatal.
- Control preconcepcional.
- Control de puerperio.
- Control de regulación de fecundidad.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años.
- Educación grupal.
- Consulta morbilidad obstétrica.
- Consulta morbilidad ginecológica.
- Consulta nutricional.
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
- Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre.
- Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar.
- Examen de salud odontológico en gestante.
- Educación grupal odontológica en gestante.
- Consulta Odontológica preventiva gestante (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
- Consulta tratamiento odontológico gestante (incluye: obturaciones, detartraje).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).
- Radiografías odontológicas.

# Programas Adultos, Adultos Mayores

Decreto 2000

## III.- PROGRAMA DEL ADULTO

- 28.- Consulta de morbilidad
- 29.- Consulta y control de enfermedades crónicas
- 30.- Consulta nutricional
- 31.- Control de salud población senescente y adulta sana
- 32.- Consulta social
- 33.- Visitas domiciliarias programadas
- 34.- Consulta del área de salud mental
- 35.- Diagnóstico y control de la TBC
- 36.- Inmunizaciones
- 37.- Educación en salud

## IV.- PROGRAMA DE SALUD BUCAL

- 38.- Examen de salud
- 39.- Urgencias
- 40.- Exodoncias
- 41.- Destartraje
- 42.- Obturaciones
- 43.- Sellantes
- 44.- Pulpotomías
- 45.- Fluoración tópica
- 46.- Ortodoncia interceptiva

Decreto 2024

## IV. SALUD DE ADULTOS Y ADULTAS

- Consulta de morbilidad.
  - Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto de 20 años y más.
- Consulta nutricional.
- Control de salud.
- Intervención psicosocial.
- Consulta y/o consejería de salud mental.
- Educación grupal.
- Atención a domicilio.
- Atención de podología a pacientes con diabetes mellitus.
- Curación de pie diabético.
- Intervención grupal de actividad física.
- Consulta kinésica.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
- Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje y pulido coronario).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).
- Radiografías odontológicas.
- Control por sospecha de virus Hepatitis C.

## V. SALUD DE ADULTOS Y ADULTAS MAYORES

- Consulta de morbilidad.
  - Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto mayor de 65 años y más.
- Consulta nutricional.
- Control de salud.
- Intervención psicosocial.
- Consulta de salud mental.
- Educación grupal.
- Consulta kinésica.
- Vacunación antiinfluenza.
- Atención a domicilio.
- Programa de alimentación complementaria del adulto mayor.
- Atención podología a pacientes con diabetes mellitus.
- Curación de pie diabético.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
- Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje y pulido coronario).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).
- Radiografías odontológicas.
- Control por sospecha de virus Hepatitis C.

# Incorporación del GES al PSF desde 2005

## (PSF2024)

- Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
  - Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico.
  - Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
  - Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
  - Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
  - Acceso a diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.
  - Acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.
  - Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; espirometría, atención kinésica en personas de 40 y más años.
  - Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; espirometría y atención kinésica en programa del niño y del adolescente.
  - Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad, controles de crónicos, espirometría y atención kinésica en programas del adulto y adulto mayor.
  - Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.
  - Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.
  - Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.
  - Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.
  - Tratamiento de erradicación de helicobacter pylori.
  - Acceso a Tratamiento Salud Oral integral de la embarazada.
  - Diagnóstico y tratamiento de Alzheimer y otras demencias: consultas de salud mental, visita domiciliaria, considerando exámenes para el diagnóstico y tratamiento farmacológico, para personas de 30 años y más, en programas de adulto y adulto mayor.



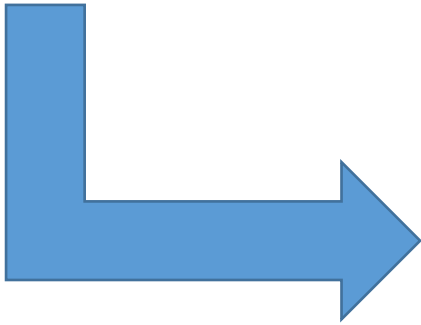
# Crecimiento del componente Actividades Generales asociados a todos los Programas

PSF 2000

V.- PROGRAMA DE SALUD DEL AMBIENTE  
47.- Educación de grupos

PSF 2024

- Educación grupal ambiental.
- Consejería familiar.
- Visita domiciliaria integral.
- Consulta social.
- Tratamiento y curaciones.
- Extensión horaria.
- Intervención familiar psicosocial.
- Diagnóstico y control de la tuberculosis.
- Visita domiciliaria de seguimiento.



Exámenes de laboratorio básico conforme el siguiente detalle:

Exámenes
<b>HEMATOLOGÍA</b>
HEMATOCRITO
HEMOGRAMA
RECUENTO DE LEUCOCITOS
RECUENTO DE PLAQUETAS
TIEMPO DE PROTROMBINA
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN
<b>BIOQUÍMICA</b>
<b>A) SANGRE</b>
ACIDO ÚRICO
BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA
PERFIL LIPÍDICO (INCLUYE COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, VLDL Y TRIGLICÉRIDOS)
ELECTROLITOS PLASMÁTICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U
CREATININA
DEPURACIÓN DE CREATININA
FOSFATASAS ALCALINAS
GLUCOSA
GLUCOSA POST- CARGA
HEMOGLOBINA GLICOSILADA
PROTEÍNAS TOTALES
TRANSAMINASAS OXALOACÉTICA/PIRUVICA (GOT/AST y GPT/ALT)
TSH- T4 LIBRE -T4
UREA
DETERMINACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS DE DROGAS Y/O MEDICAMENTOS
<b>B) ORINA</b>
CREATINURIA
DETECCIÓN DE EMBARAZO
ORINA COMPLETA / SEDIMENTO URINARIO/ ALBUMINA
MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA
<b>C) DEPOSICIONES</b>
LEUCOCITOS FÉCALES
SANGRE EN DEPOSICIONES
<b>INMUNOLOGÍA</b>
FACTOR REUMATOIDEO
<b>MICROBIOLOGÍA</b>
<b>A) BACTERIOLOGÍA</b>
ANTIBIOGRAMA CORRIENTE
BACILOSCOPIA ZIEHL NIELSEN (TOMA DE MUESTRA)
EXÁMEN DIRECTO AL FRESCO
GONOCOCCO, MUESTRA, SIEMBRA, DERIVACIÓN
RPR O DERIVAR PARA VDRL
UROCULTIVO, RECuento DE COLONIAS, ANTIBIOGRAMA
<b>B) PARASITOLOGÍA</b>
COPROPARASITOLÓGICO SERIADO
EX. DIRECTO AL FRESCO C/S TINCIÓN
EXAMEN DE GRAHAM
EXAMEN GUSANOS, MACROSCÓPICO
TRICOMONA VAGINALIS (EX DIRECTO)
VIRUS HEPATITIS C, ANTICUERPOS DE (ANTI HCV)
<b>EXÁMENES ESPECÍFICOS PARA ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIA (NO CONSIDERADOS EN CUADRO ANTERIOR)</b>
PERFIL BIOQUÍMICO (DETERMINACIÓN AUTOMATIZADA DE 12 PARÁMETROS)
PERFIL HEPÁTICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTROMBINA, BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA, FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES, GGT, TRANSAMINASAS GOT/AST Y GPT/ALT)
VRDL
HIV
PERFIL BIOQUÍMICO (DETERMINACIÓN AUTOMATIZADA DE 12 PARÁMETROS)
PERFIL HEPÁTICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTROMBINA, BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA, FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES, GGT, TRANSAMINASAS GOT/AST Y GPT/ALT)
VITAMINA B12 POR INMUNDENSAYO
ELECTROCARDIOGRAMA

\*El valor establecido en el Artículo 2 para el aporte básico unitario homogéneo incluye la canasta de fármacos para Alzheimer y otras Demencias.



La negociación del **valor per cápita basal** se asume “como sí” el PSF fuera el mismo a lo largo del tiempo

Canasta de servicios  
(o Plan de beneficios)



1995



Valor 1995

Canasta de servicios  
(o Plan de beneficios)



2024



Valor 1995 + **Inflación**

# Evolución del valor de un producto con cambios de cantidad y calidad

Canasta de servicios  
(o Plan de beneficios)



1995



Valor 1995

Canasta de servicios  
(o Plan de beneficios)



2024



Valor 1995 + Aumento  
de Cantidad + Mejoras  
de Calidad + Inflación

Los costos y gastos indirectos se mantienen sin variación



346  
COMUNAS,  
UN SOLO  
CHILE

# Evolución de la Atención Primaria: 1990 → 2024

Antes



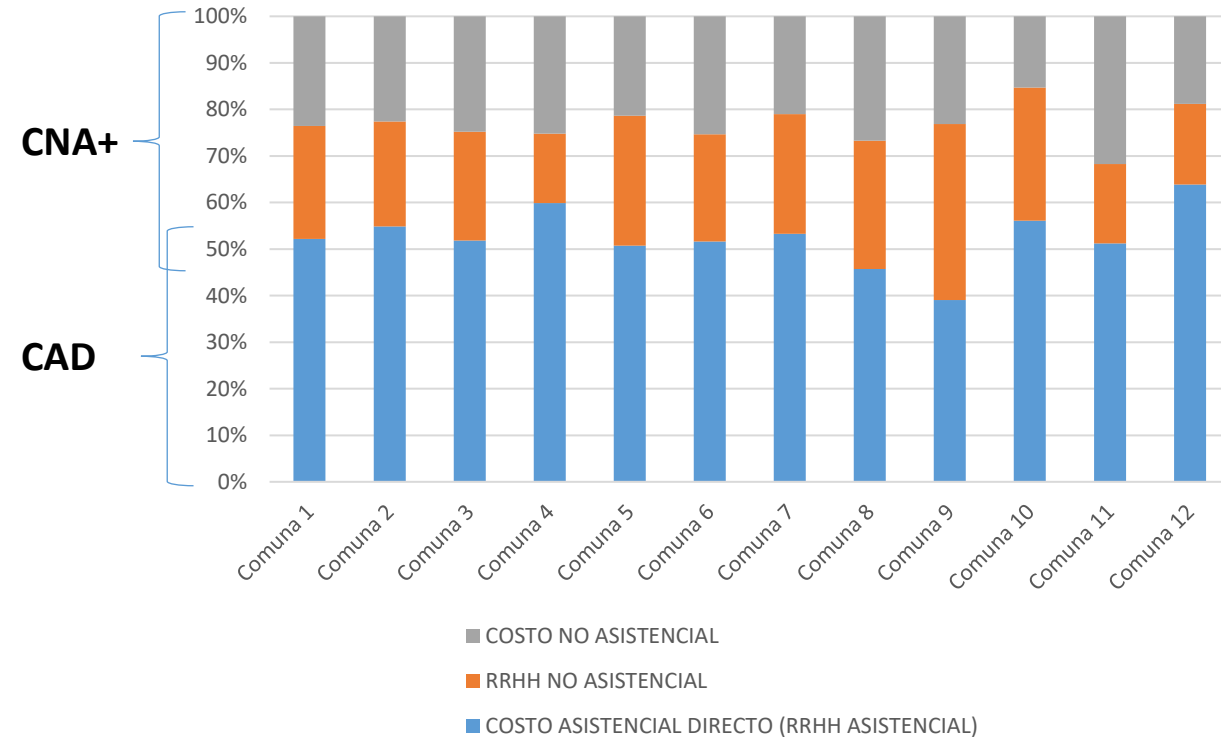
Hoy



**Hipótesis inicial:** Transformación de la APS (30 años) habría aumentado más que proporcionalmente el costo no asistencial (CNA+), respecto al costo asistencial directo (CAD)

# Resultados del análisis de estructura de costos no asistenciales

## Desagregados para comunas de la muestra

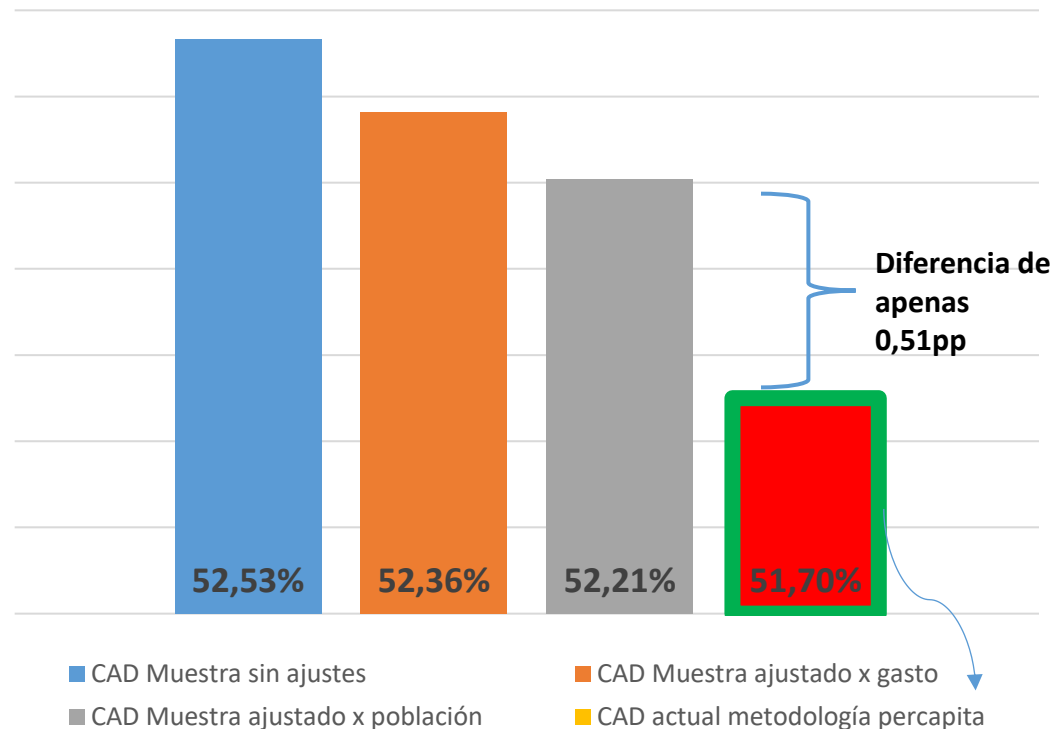


## Hechos estilizados

- En todas las comunas de la muestra, el componente más significativo es el RRHH asistencial (CAD)
- El CAD es mínimo en una comuna donde alcanza solo un 39,1%
- El CAD es máximo en una comuna donde alcanza 63,9%
- Hay 24,8 puntos porcentuales de diferencia entre el peso % CAD mínimo y máximo

# Resultados del análisis de estructura de costos no asistenciales

## Costo Asistencial Directo (CAD): % del total, para comunas de la muestra



## Resultados

- El resultado sin ajustes muestra que en la muestra de comunas el peso del CAD (52,5%) no es muy distinto del que asume la metodología vigente (51,7%)
- Cuando se hacen ajustes (ponderación) por gasto y por población, esta diferencia además se reduce en el margen
- **Al comparar el CAD ajustado por población, la diferencia es de apenas 0,51 puntos porcentuales respecto al que asume la metodología vigente**
- **Surge la interrogante “*contraintuitiva*” de ¿qué explica que las proporciones se mantengan constantes en el tiempo?**

# Conclusión sobre costos y gastos indirectos

- Registros administrativos (gasto devengado) para todos los municipios con APS municipal, y análisis de costos para una muestra de 12 municipios seleccionados, **no muestran grandes cambios** en la participación (%) del Costo Asistencial Directo en el total
- Sin embargo, hace mucho tiempo que **es necesario hacer estudios de costos**, ya que los fundamentos empíricos de la relación CAD / CNA+ están muy desactualizados
- Estos estudios deben incluir, además, las brechas de servicios (oferta), ya que un municipio puede gastar “menos”, en base a **demanda insatisfecha**



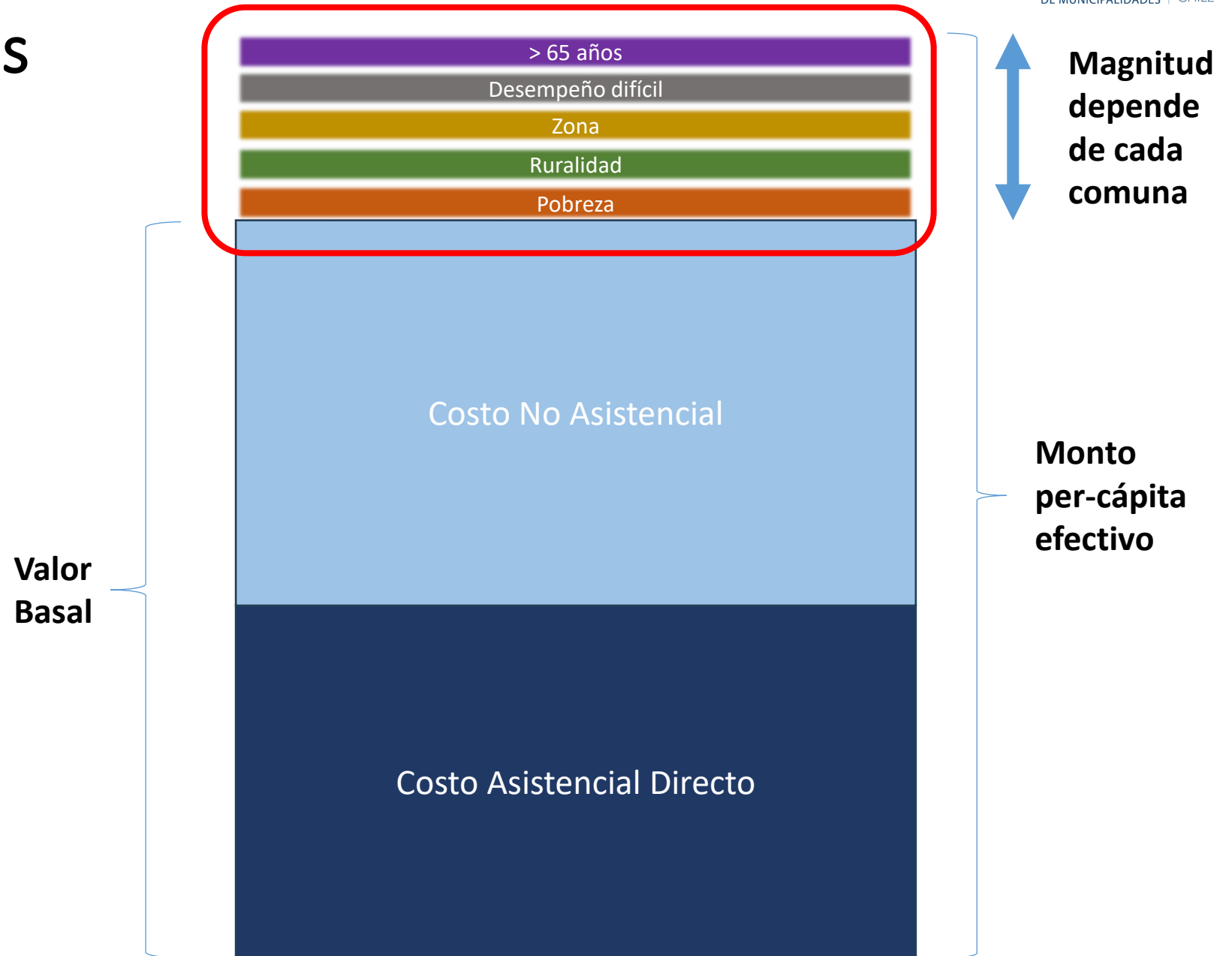
Más indexadores o  
mayor precisión de  
ellos, no cambia el  
monto global de  
financiamiento



346  
COMUNAS,  
UN SOLO  
CHILE

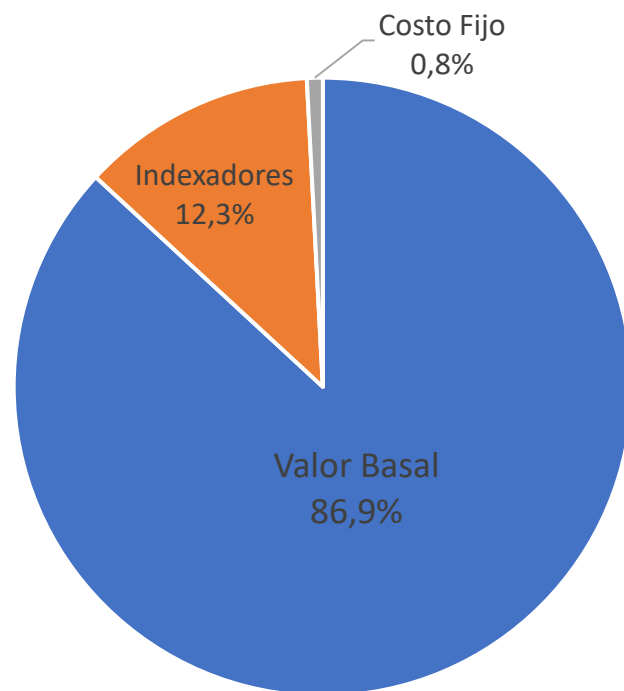
# Indexadores vigentes

- *Pobreza*: Índice de Privación Promedio (IPP) Municipal
- *Ruralidad*
- *Asignación de zona*
- *Riesgo*: por edad mayor a 65 años
- *Desempeño difícil*
- *Rebajas por no cumplimiento de los IAAPS*

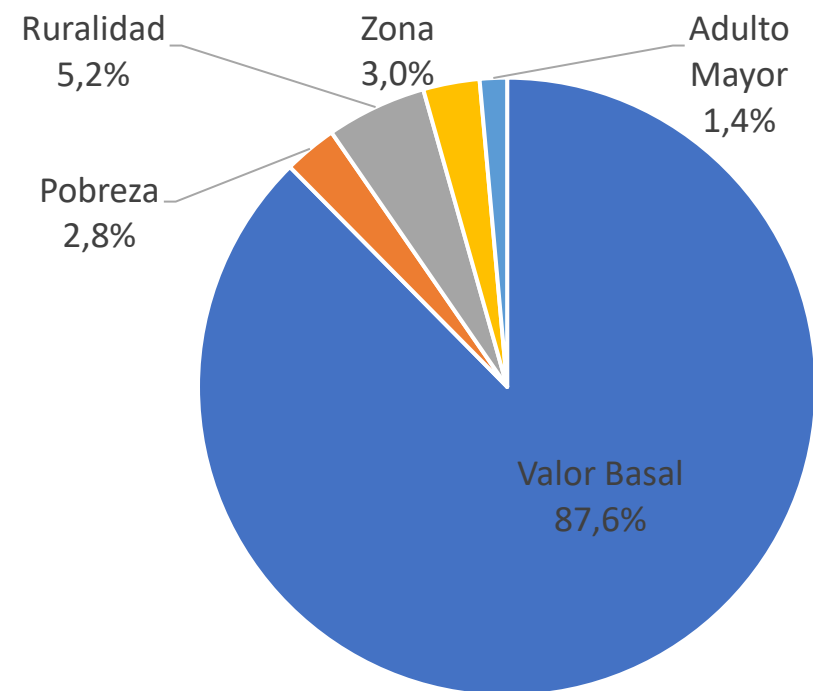


# La mayor parte del financiamiento per cápita se sustenta en el valor basal

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



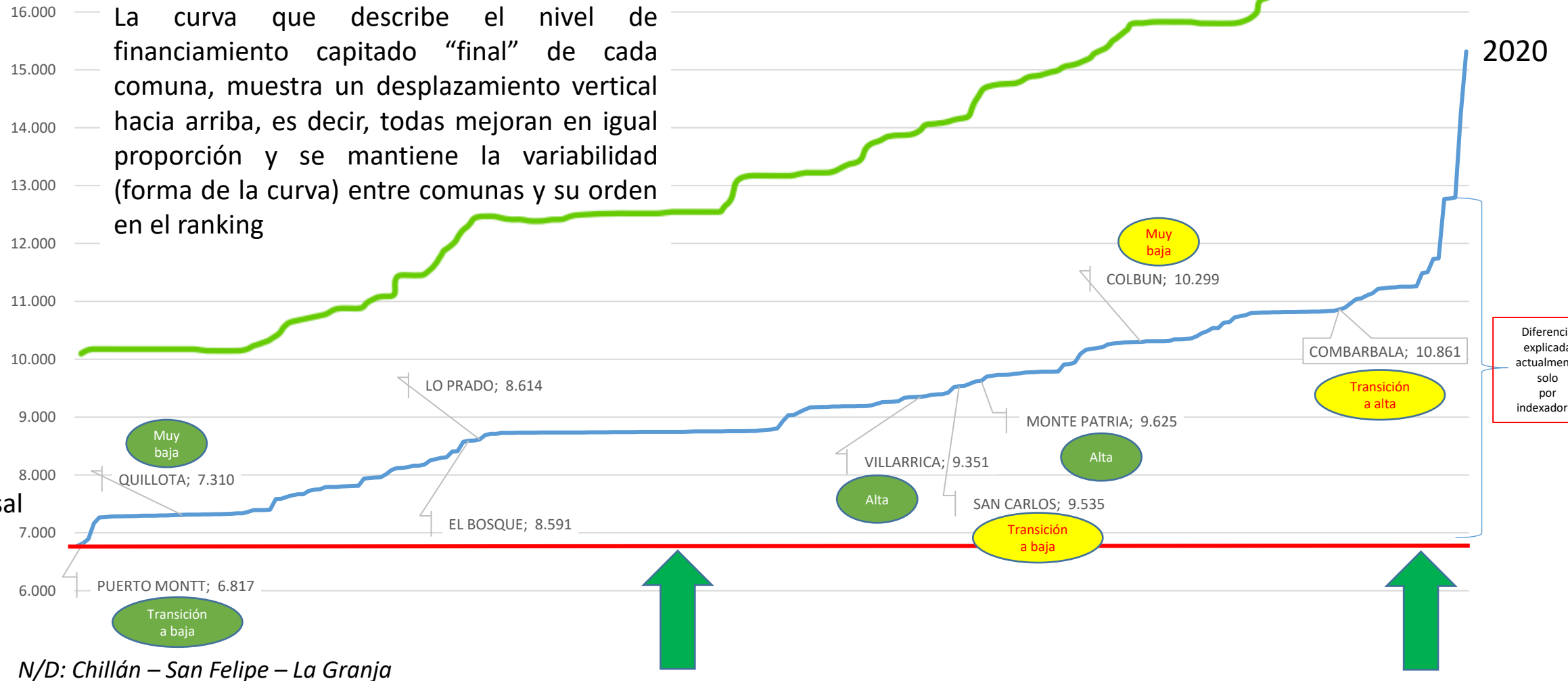
**A nivel agregado, el impacto de cada indexador es marginal en el total del gasto**



Fuente: DIPRES

Nota: Per Cápita y Costo Fijo, excluye Desempeño Difícil

# 2015 → 2024: Después de 9 años y con plan de cierre de brecha financiera concordado tri-estamentalmente (2015), la situación general mejoró significativamente



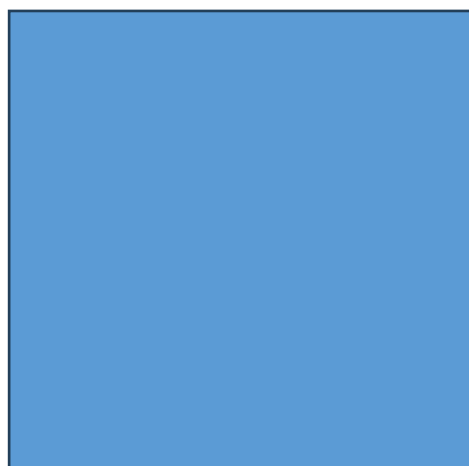
La brecha de  
financiamiento hoy  
está dada por el  
reconocimiento del  
valor salarial real



346  
COMUNAS,  
UN SOLO  
CHILE

# Brecha de financiamiento

Basado en Carrera  
Referencial Lineal y Sueldo  
Base Mínimo Nacional



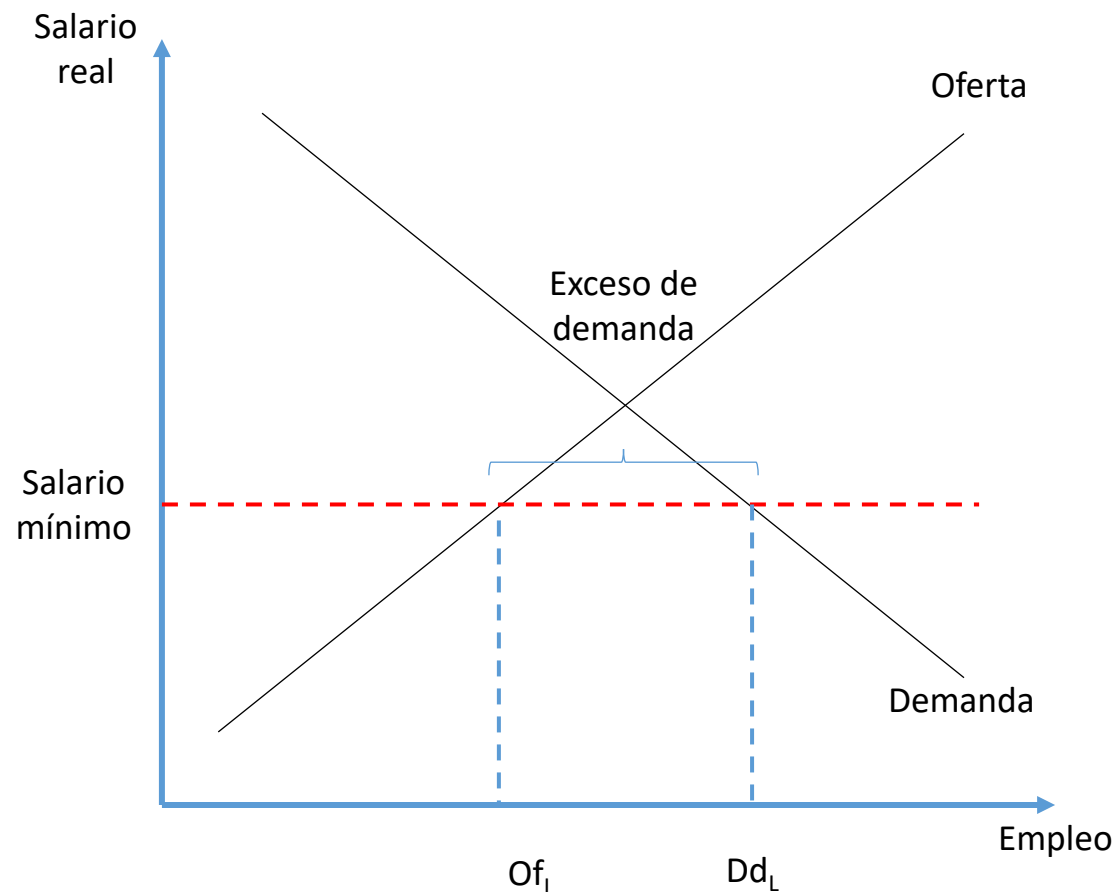
Brecha de  
financiamiento  
que asumen  
los municipios



Basado en Remuneraciones  
pagados en municipios

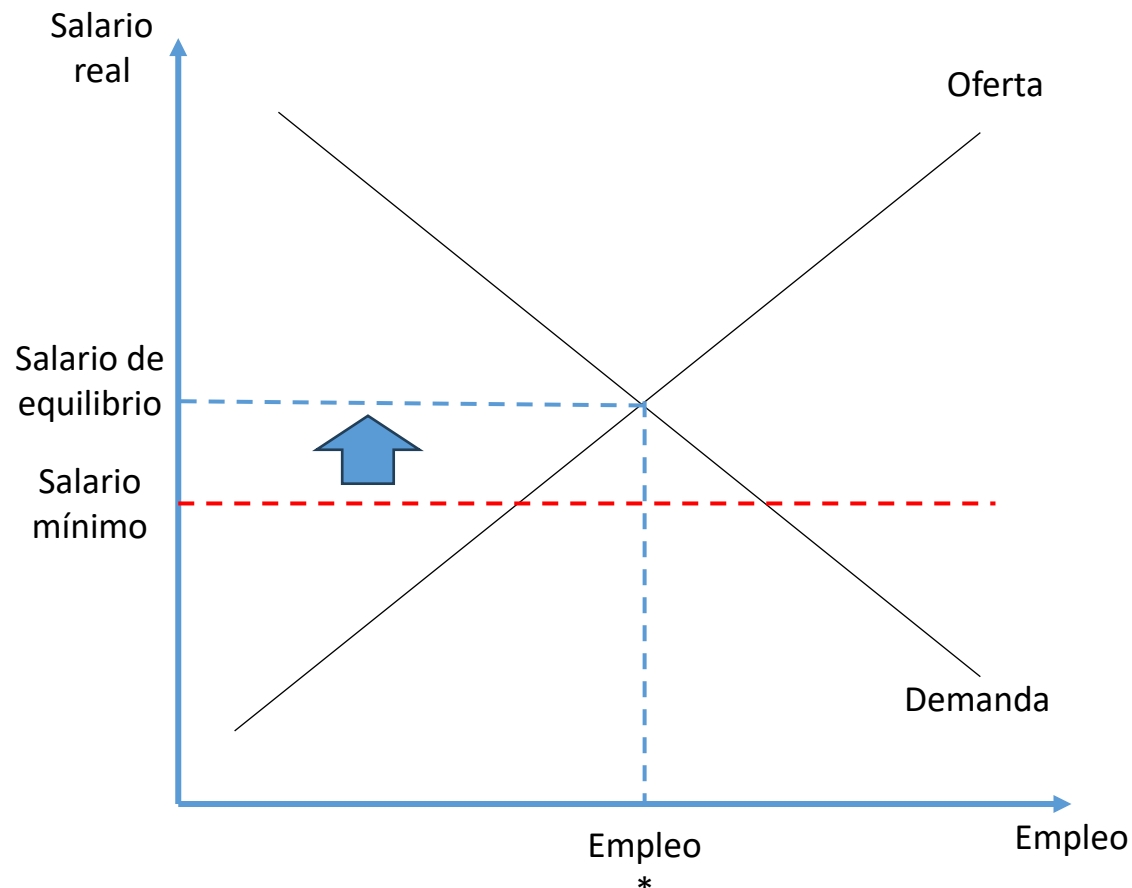


- EL SBMN funciona igual que el “salario mínimo” como restricción NO ACTIVA



# No se reconoce el valor de las remuneraciones realmente pagadas

- En la realidad, los municipios deben pagar salarios mayores para tener profesionales



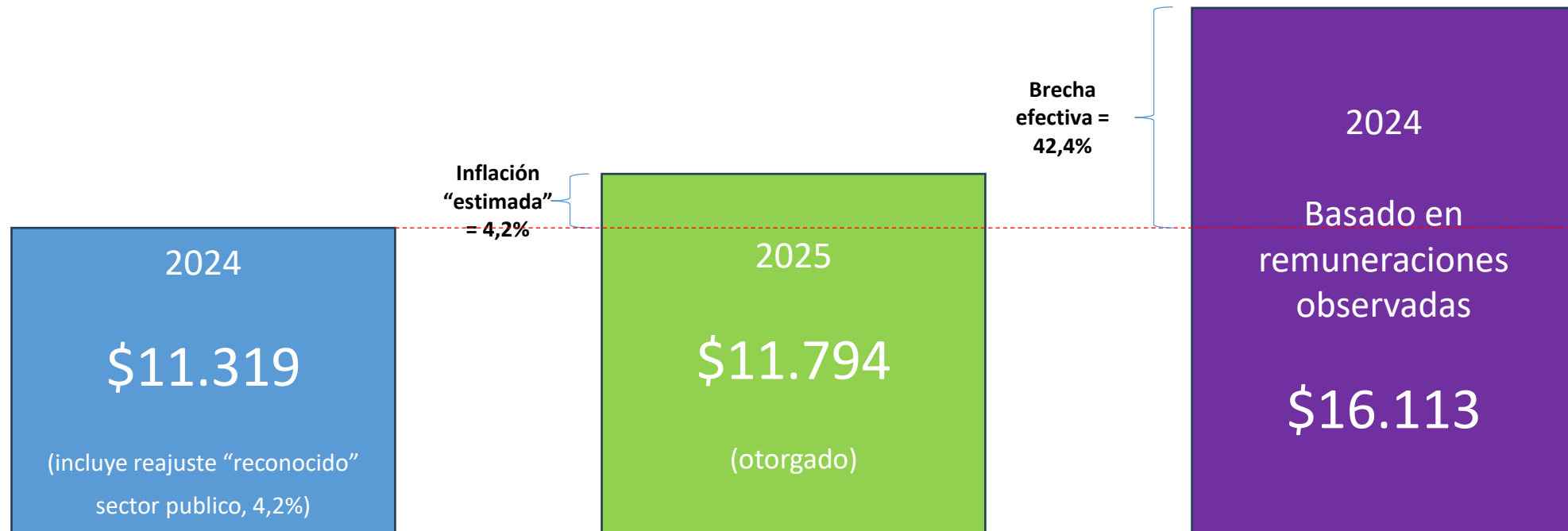
- Existe una contradicción evidente entre el criterio de “restricción fiscal” y la realidad de la gestión financiera de la APS en los municipios
- Municipios con mayores problemas para contratar y retener profesionales, son los más perjudicados



## Estimación de brecha basal actual (2024) – con Remuneraciones “observadas”

Categoría de RRHH	Horas de trabajo al día	Jornadas de trabajo por día (ajustadas)	Remuneración (en base Carrera Real en Municipios)	Costo del PSF (\$2024)
<b>Médico (A)</b>	36,01	5	2.930.137	14.650.684
<b>Odontólogo (A)</b>	16,65	3	2.930.137	8.790.411
<b>Otros profesionales (B)</b>	135,02	19	2.155.802	40.960.236
<b>Auxiliares (C-D)</b>	33,96	5	1.092.647	5.463.235
<b>Total</b>	<b>221,64</b>	<b>32</b>		<b>69.864.566</b>
<b>Costo dotación directa (base=10.000 beneficiarios)</b>				6.986
<b>Administración Establecimiento</b>			36,2%	2.529
<b>Administración Municipal</b>			7,84%	746
<b>Farmacia</b>			23,31%	2.392
<b>Operación</b>			23,52%	2.414
<b>Gastos Indirectos</b>				8.081
<b>Laboratorio Básico (adicional)</b>			7,30%	510
<b>Costo No Asistencial total</b>				8.591
<b>Valor Basal (sin aplicar reajuste sector público)</b>				15.577
<b>Valor Per Cápita Basal 2024</b>		<b>80% del Reajuste Sector Público (4,3%)</b>		<b>16.113</b>

# La brecha existente significa un déficit sector municipal de \$722,9 mil millones



APS universal: el  
problema de  
inconsistencia  
financiera



346  
COMUNAS,  
UN SOLO  
CHILE

## 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?

¿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

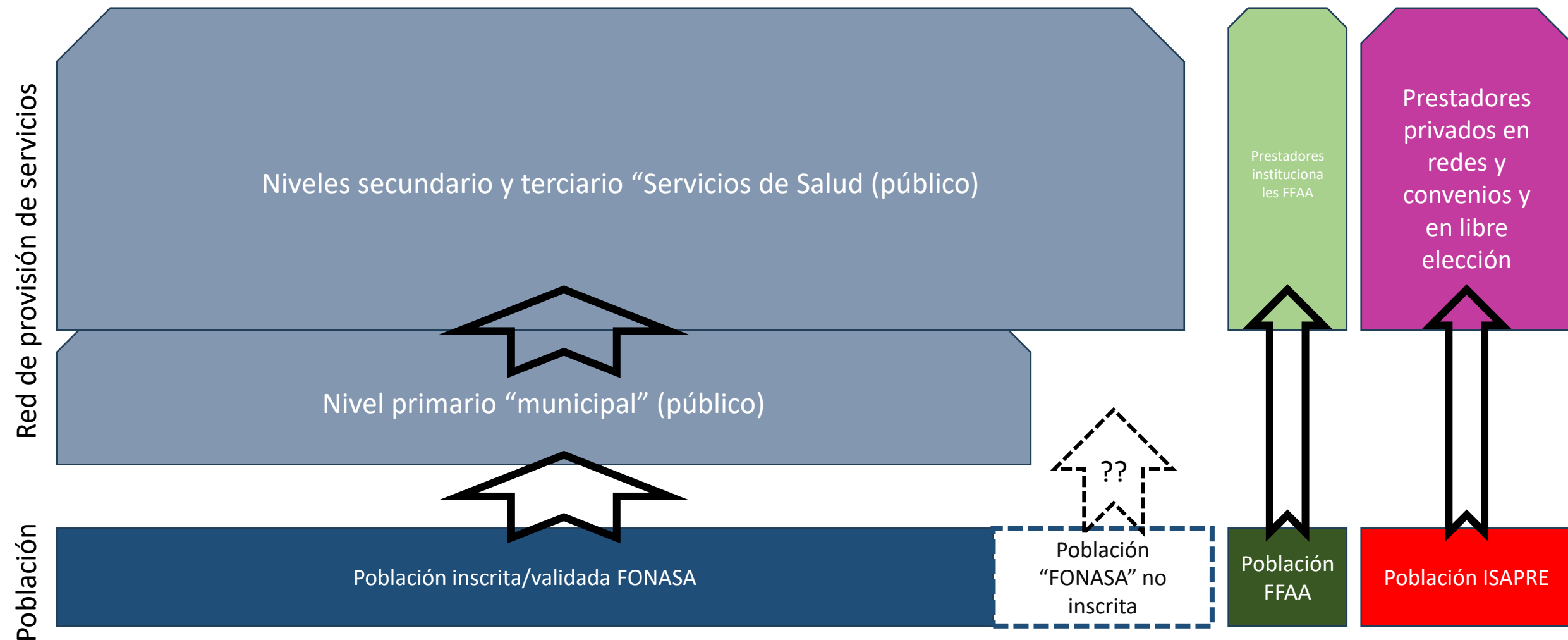
(\*) *Dispuestos a operar en condiciones reguladas por el sistema público, donde la posibilidad de obtener excedentes (utilidades), depende de su eficiencia microeconómica y no de fallas de mercado y discriminación hacia los beneficiarios y pacientes.*



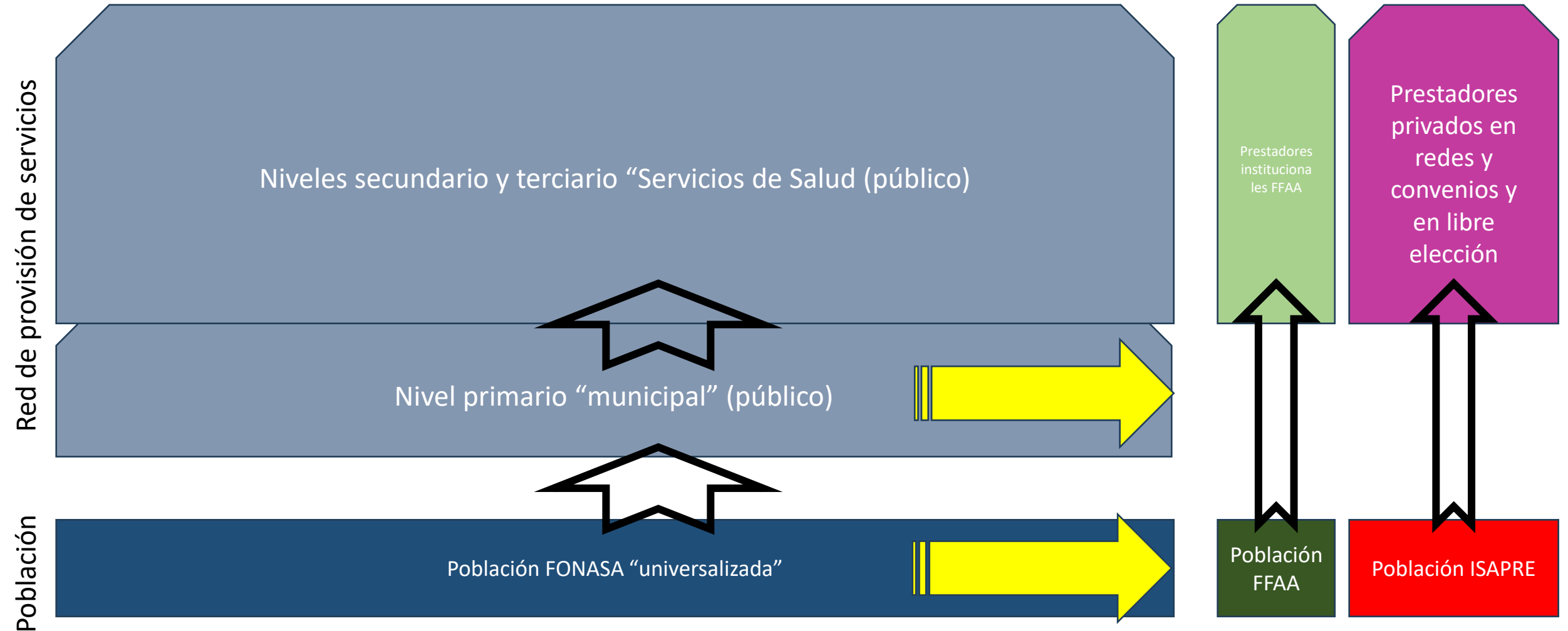
# ¿Qué debería cambiar en el financiamiento del nivel primario municipal con la universalización?

Primero un poco de contexto

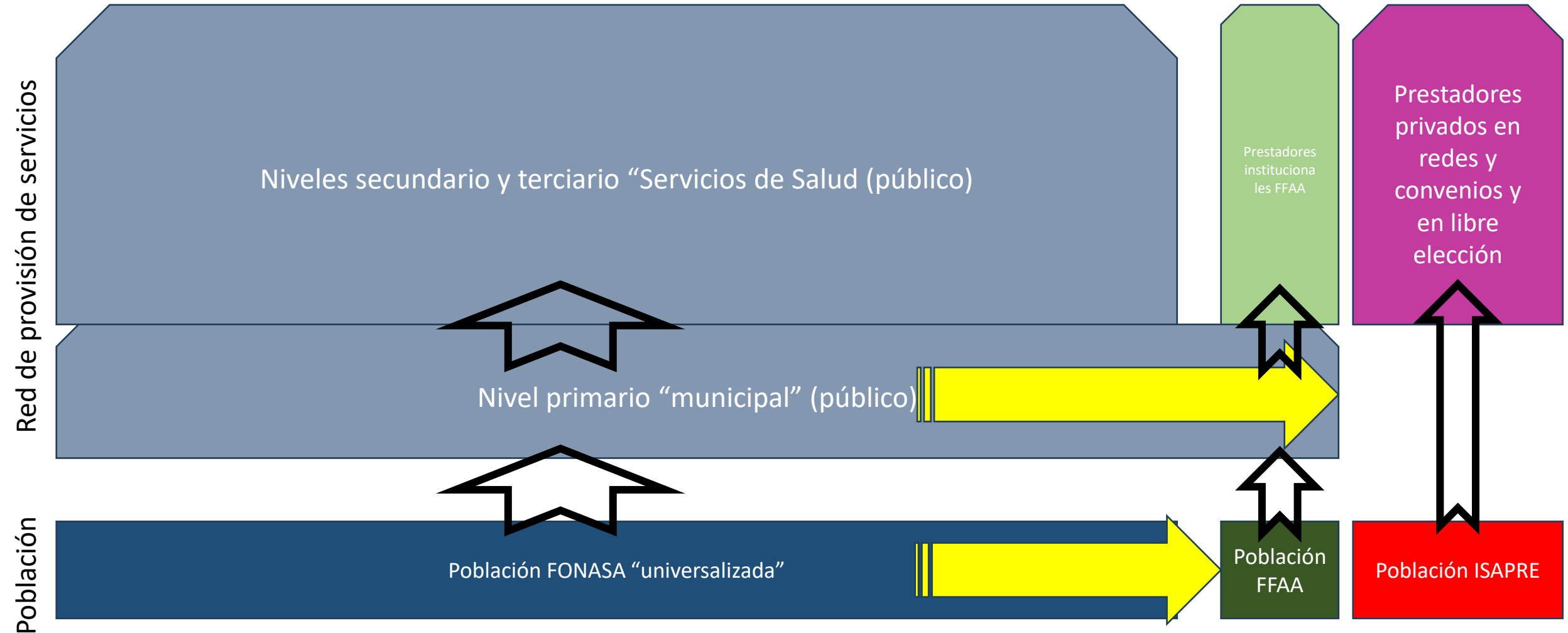
# ¿Qué hace la reforma actual de “universalización” del nivel primario municipal? (*Situación Actual*)



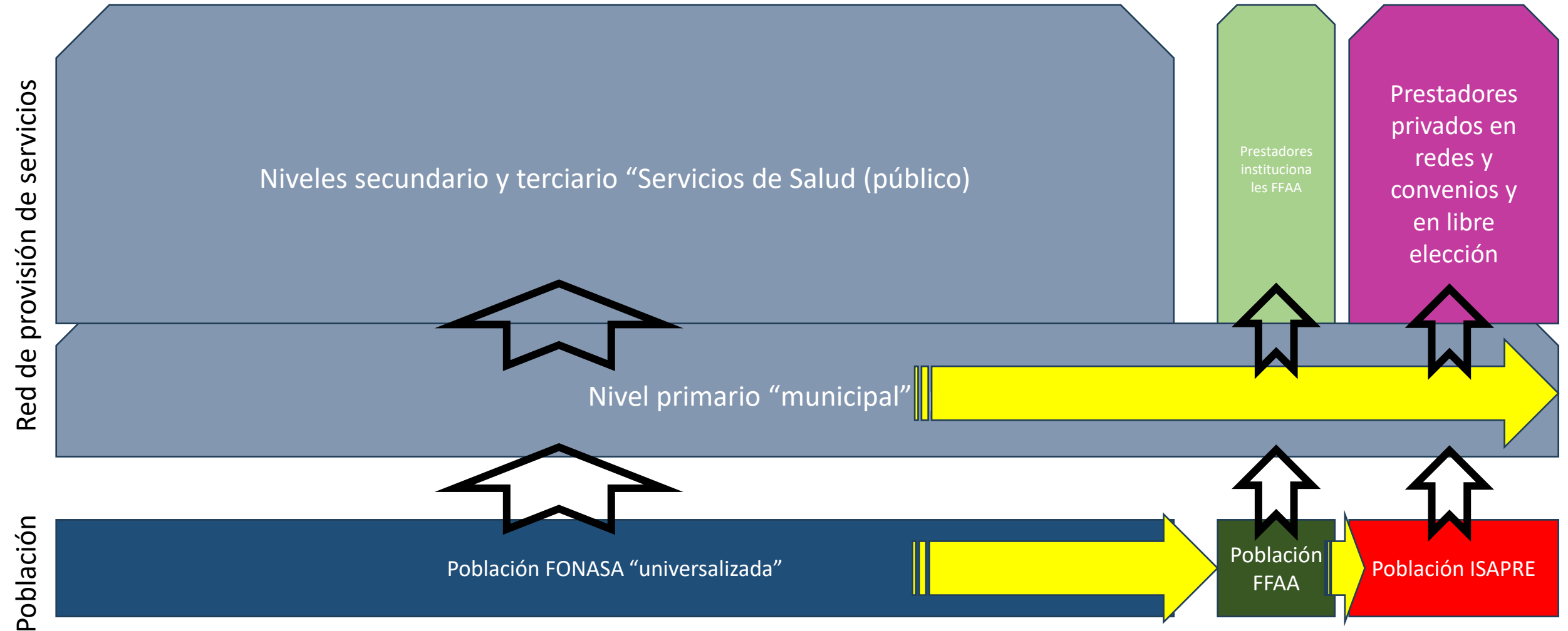
# ¿Qué hace la reforma actual de “universalización” del nivel primario municipal? (*Efecto “parcial” en segmento público*)



# ¿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*)

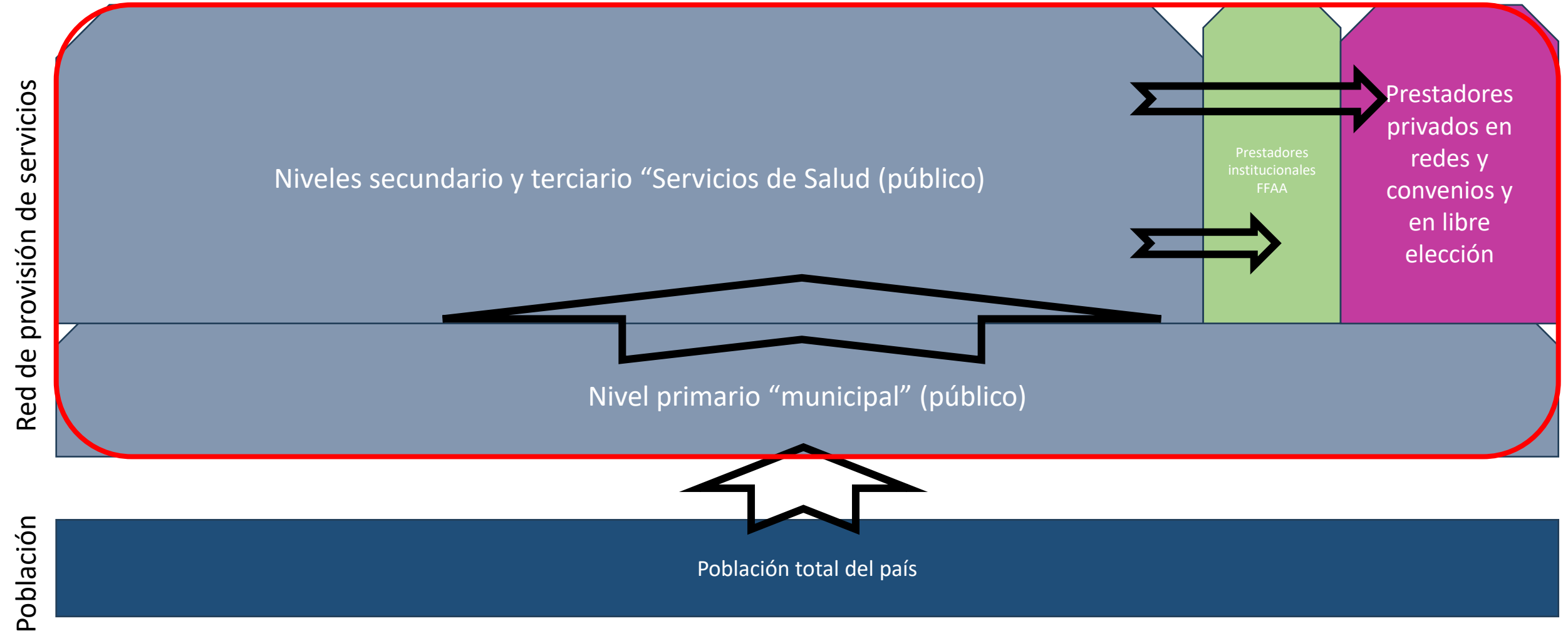


# Lo que debe cambiar es...

- 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





# Reflexiones sobre universalización APS

- 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)
- Al interior de un mecanismo de pago per cápita es posible insertar mejores mecanismos de control y logro de objetivos

# Mensajes finales

---

Después de 3 décadas, es necesario revisar en detalle la composición del Plan de Salud Familiar

---

Es necesario hacer estudios de costos que sean representativos de variadas situaciones comunales, ya que se han profundizado las diferencias entre municipios

---

Indexadores no son el camino para la mejora del financiamiento, aun cuando hay que conocer los factores de oferta y demanda que impulsan el gasto

---

La principal brecha financiera está dada por la diferencia en la valorización de los recursos humanos

---

Se debe tener cuidado con la inconsistencia financiera que está provocando la APS universal