



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

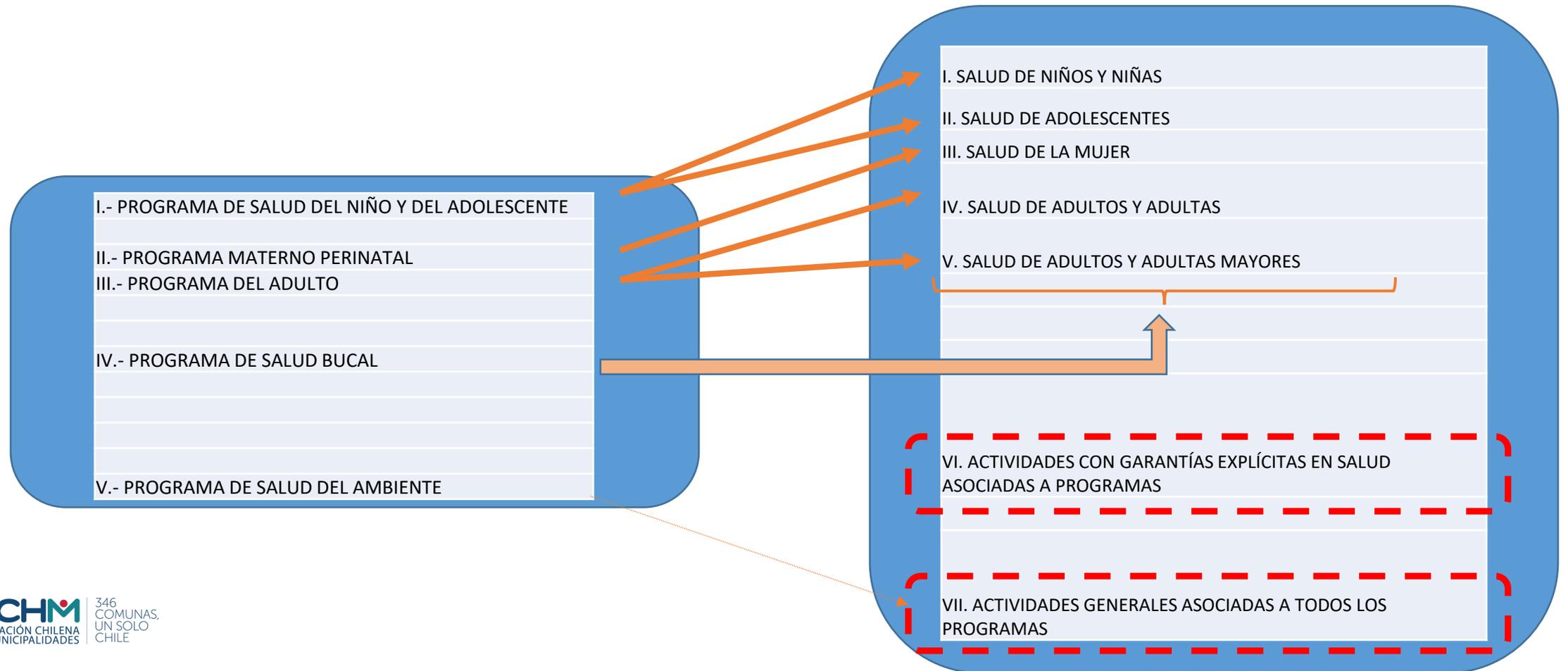


346
COMUNAS,
UN SOLO
CHILE

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

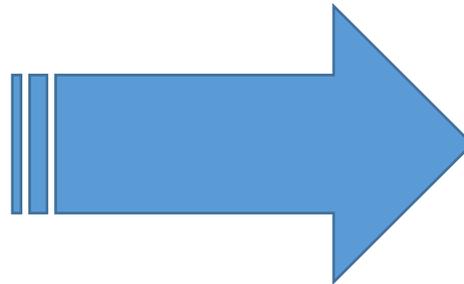
Decreto 2000

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.

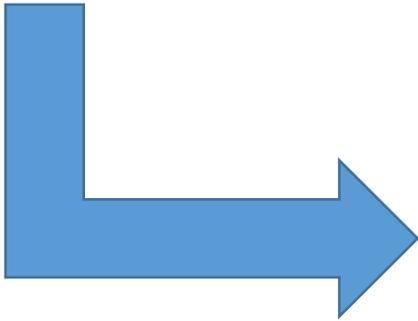
Crecimiento del componente Actividades Generales asociados a todos los Programas

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
HEMATOLOGÍA
HEMATOCRITO
HEMOGRAMA
RECuento DE LEUCOCITOS
RECuento DE PLAQUETAS
TIEMPO DE PROTROMBINA
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN
BIOQUÍMICA
A) SANGRE
ACIDO URICO
BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA
PERFIL LIPÍDICO (INCLUYE COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, VLDL Y TRIGLICERIDOS)
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/ALH)
TSH- T4 LIBRE -T4
UREA
DETERMINACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS DE DROGAS Y/O MEDICAMENTOS
B) ORINA
CREATINURIA
DETECCIÓN DE EMBARAZO
ORINA COMPLETA / SEDIMENTO URINARIO/ ALBUMINA
MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA
C) DEPOSICIONES
LEUCOCITOS FÉCALES
SANGRE EN DEPOSICIONES
INMUNOLOGÍA
FACTOR REUMATOIDEO
MICROBIOLOGÍA
A) BACTERIOLOGÍA
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) PARASITOLOGÍA
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)
EXÁMENES ESPECÍFICOS PARA ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIA (NO CONSIDERADOS EN CUADRO ANTERIOR)
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)



Canasta de servicios
(o Plan de beneficios)



1995

2024



Valor 1995



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



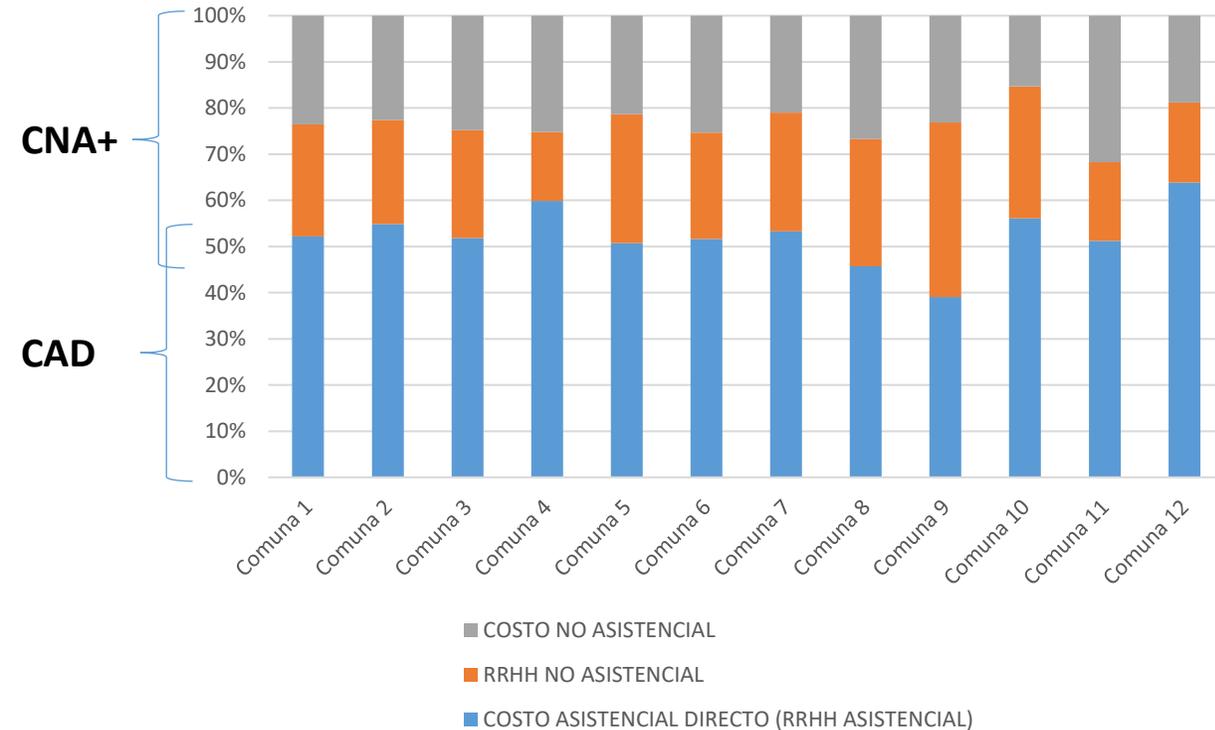
Hoy



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

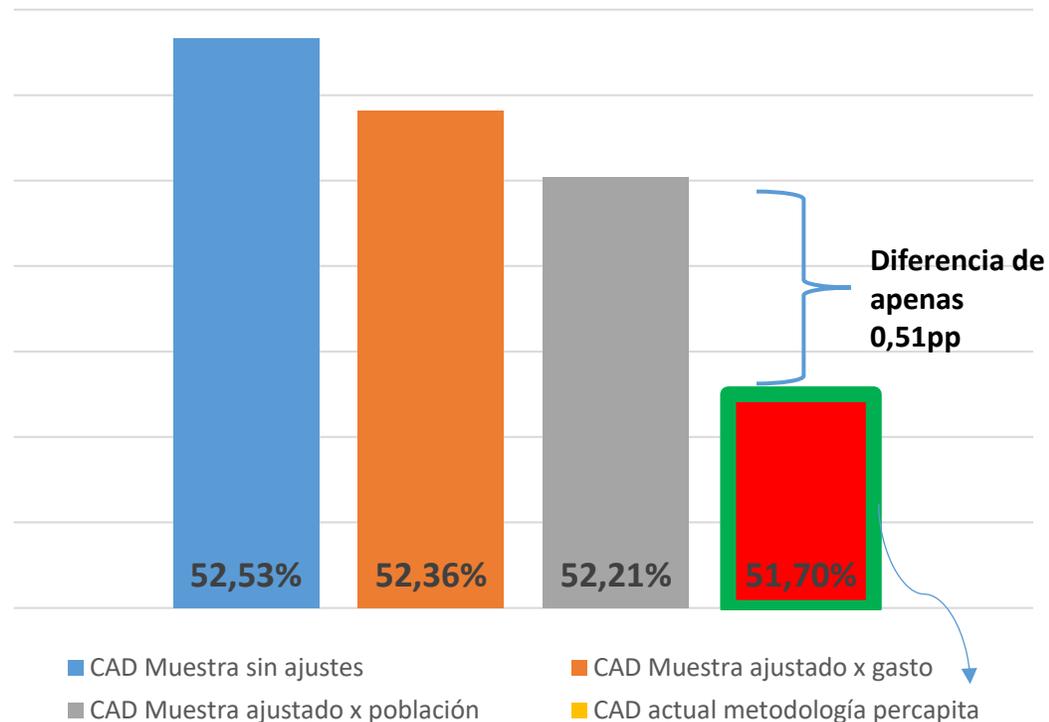


Hechos estilizados

- 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

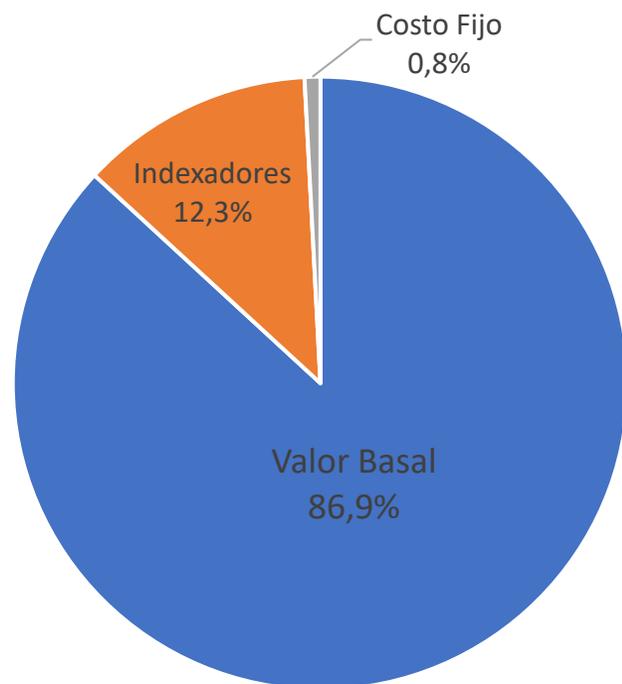
Indexadores vigentes

- *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*

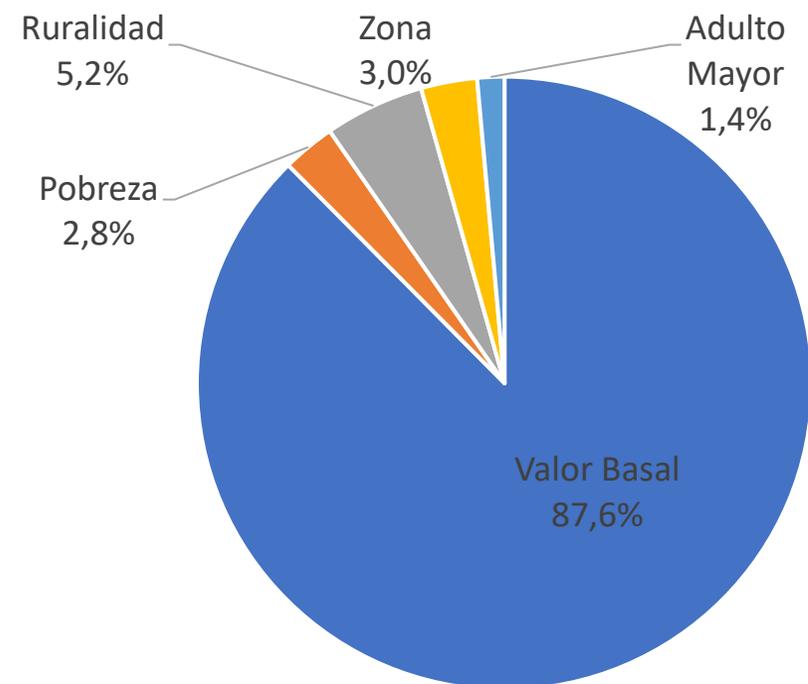


La mayor parte del financiamiento per cápita se sustenta en el valor basal

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



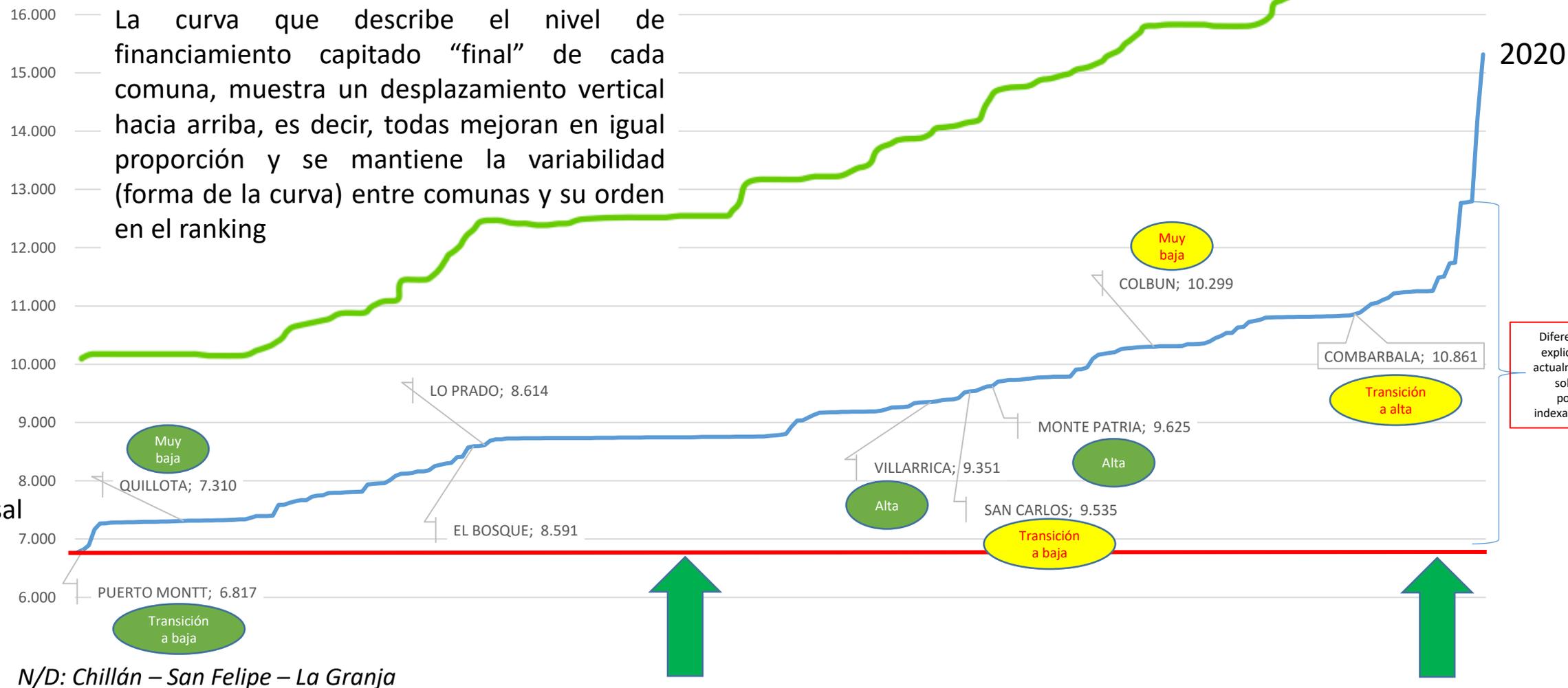
A nivel agregado, el impacto de cada indexador es marginal en el total del gasto



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



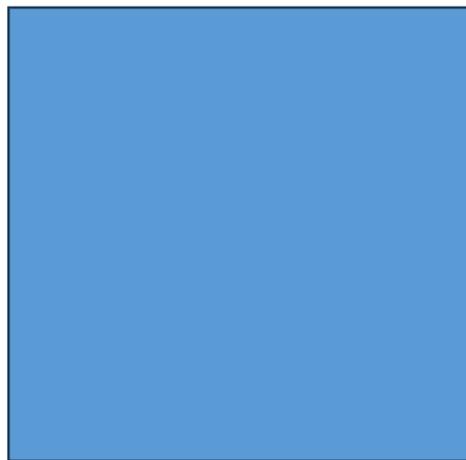
La brecha de
financiamiento hoy
está dada por el
reconocimiento del
valor salarial real



346
COMUNAS,
UN SOLO
CHILE

Brecha de financiamiento

Basado en Carrera
Referencial Lineal y Sueldo
Base Mínimo Nacional



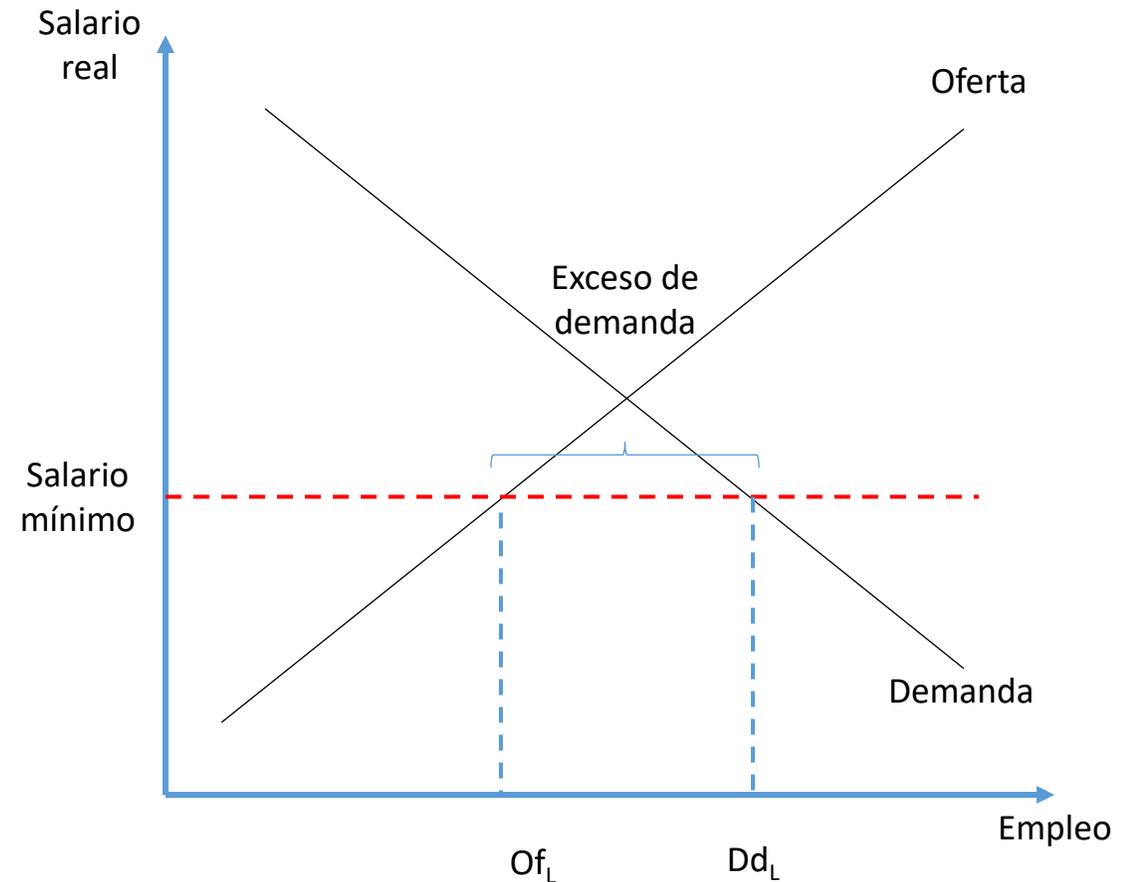
Brecha de
financiamiento
que asumen
los municipios



Basado en Remuneraciones
pagados en municipios

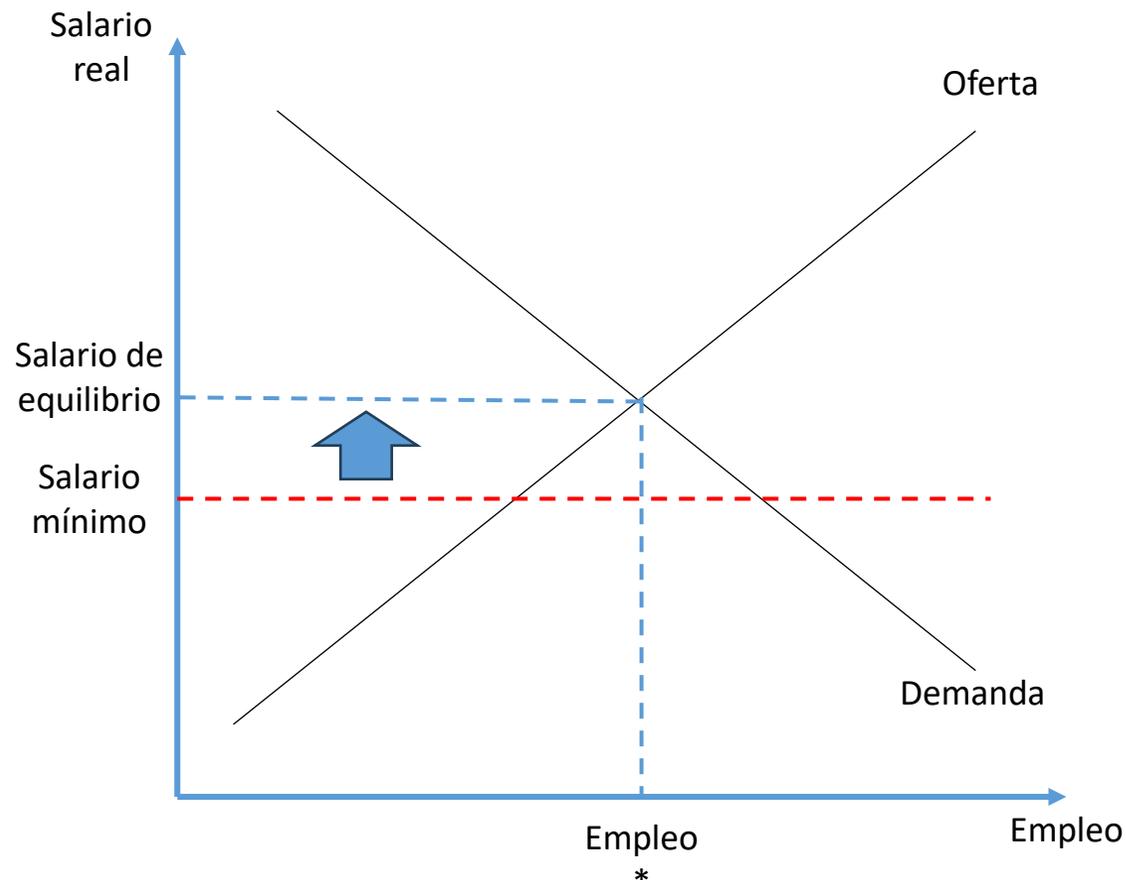


- EL SBMN funciona igual que el “salario mínimo” como restricción NO ACTIVA



No se reconoce el valor de las remuneraciones realmente pagadas

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

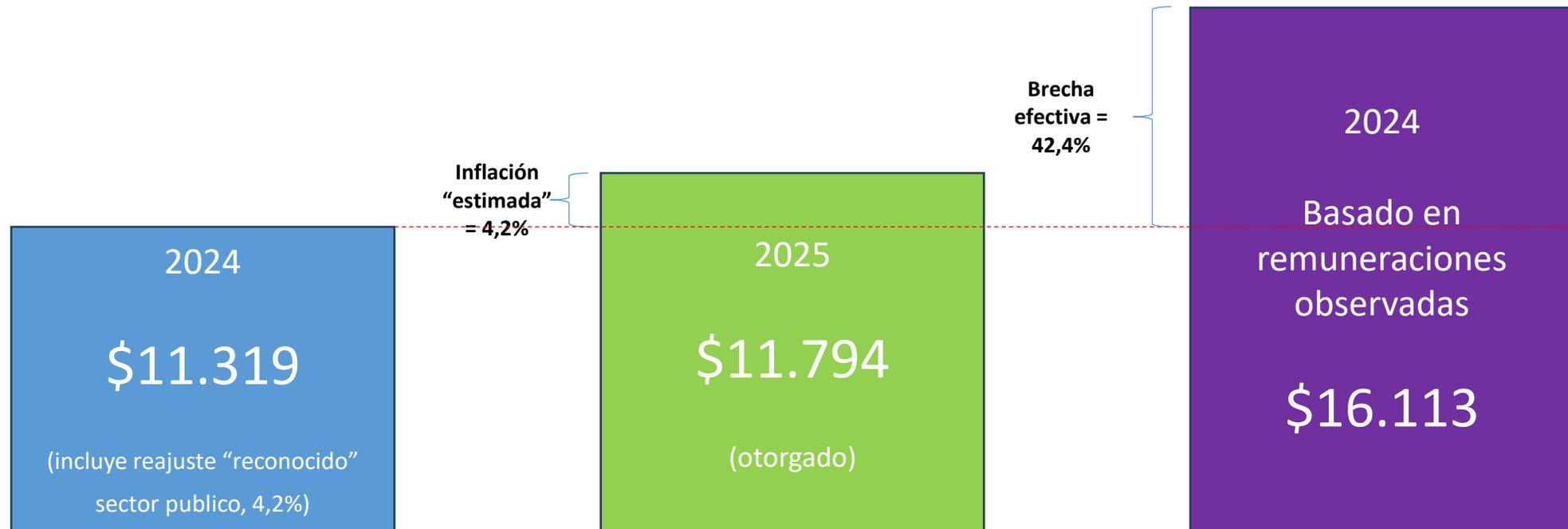


- Existe una contradicción evidente entre el criterio de “restricción fiscal” y la realidad de la gestión financiera de la APS en los municipios
- Municipios con mayores problemas para contratar y retener profesionales, son los más perjudicados

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

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*)

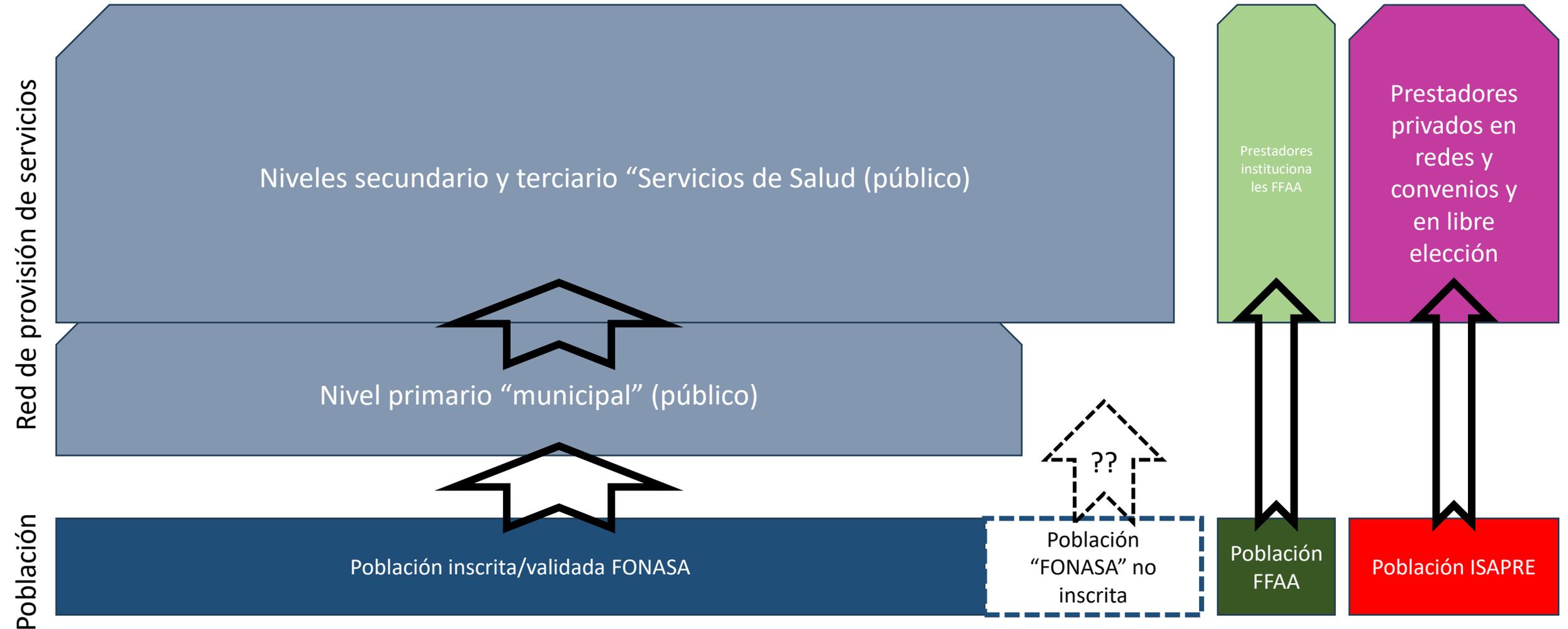
- De que se den pasos concretos en la reorganización de la red pública (Servicios de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales) para articular e “integrar” a proveedores de FFAA, Mutuales, privados sin fines de lucro y privados con fines de lucro “*dispuestos*” (*) para conformar una Red Integrada 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.*

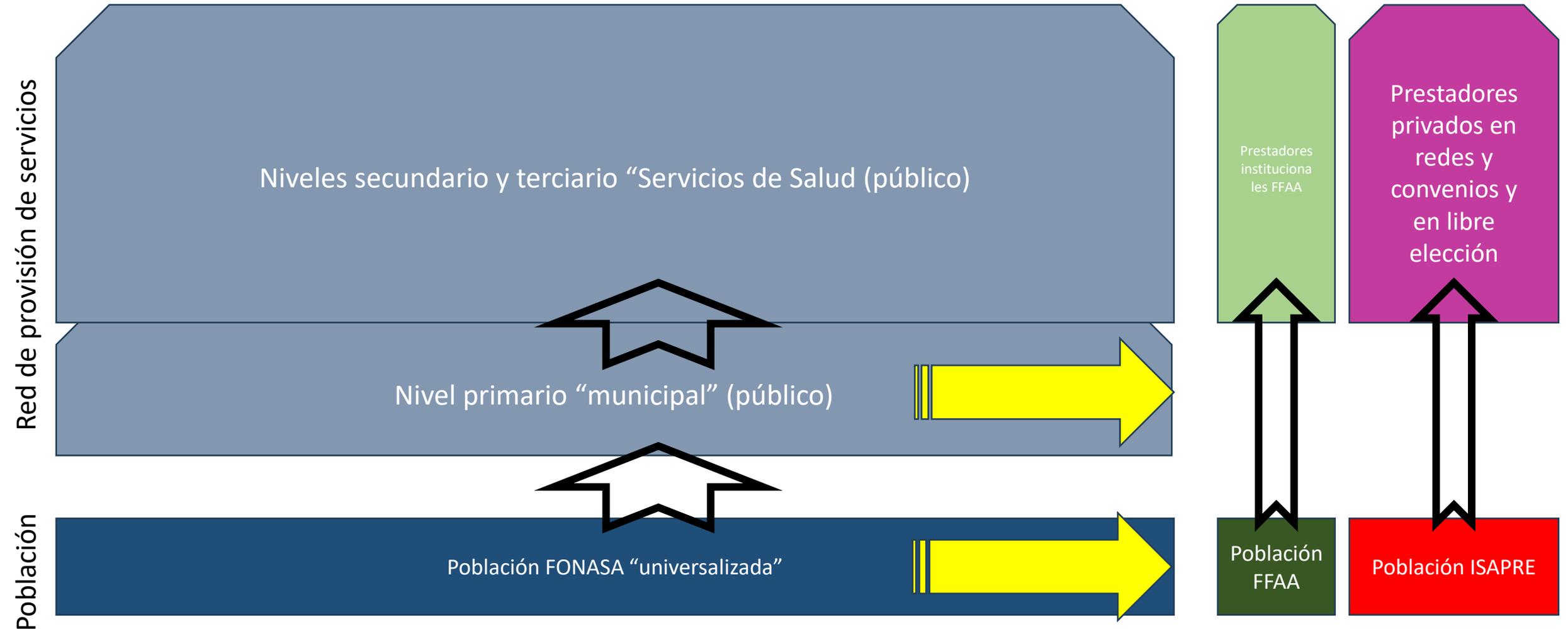
¿Qué debería cambiar en el financiamiento del nivel primario municipal con la universalización?

Primero un poco de contexto

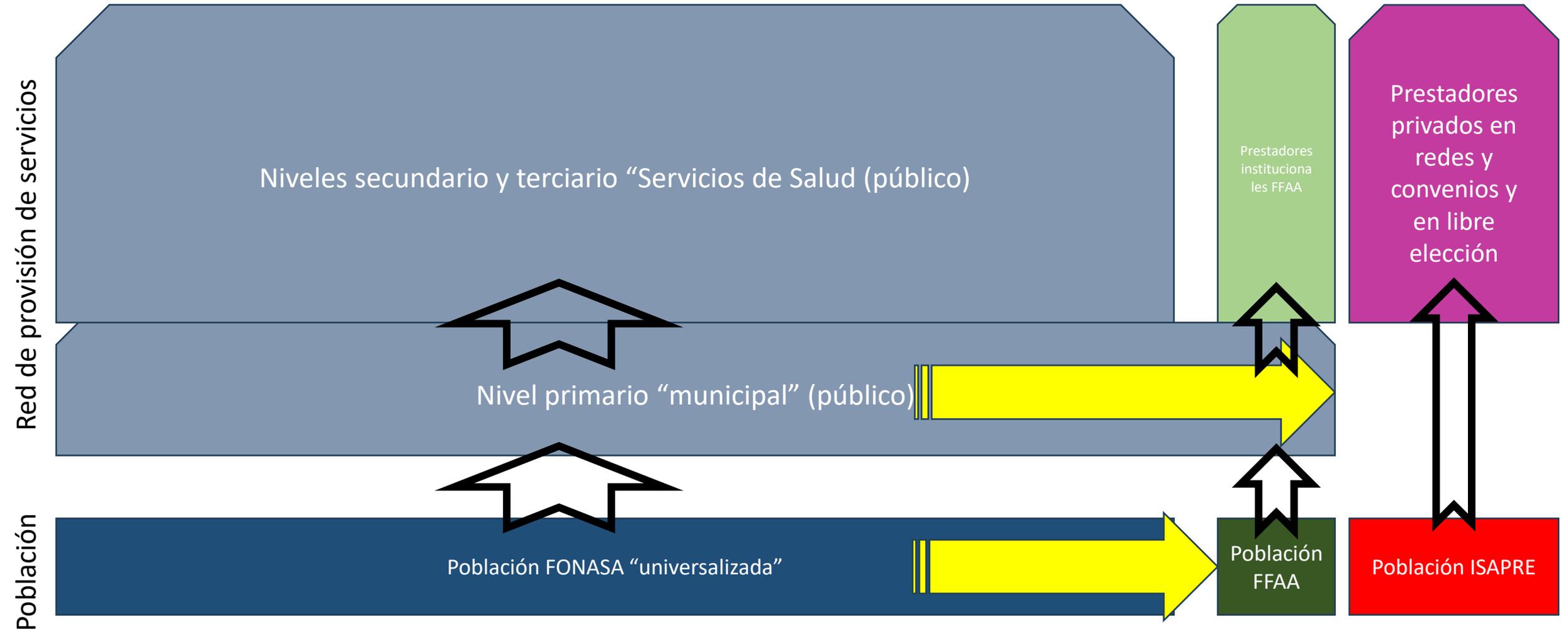
¿Qué hace la reforma actual de “universalización” del nivel primario municipal? (*Situación Actual*)



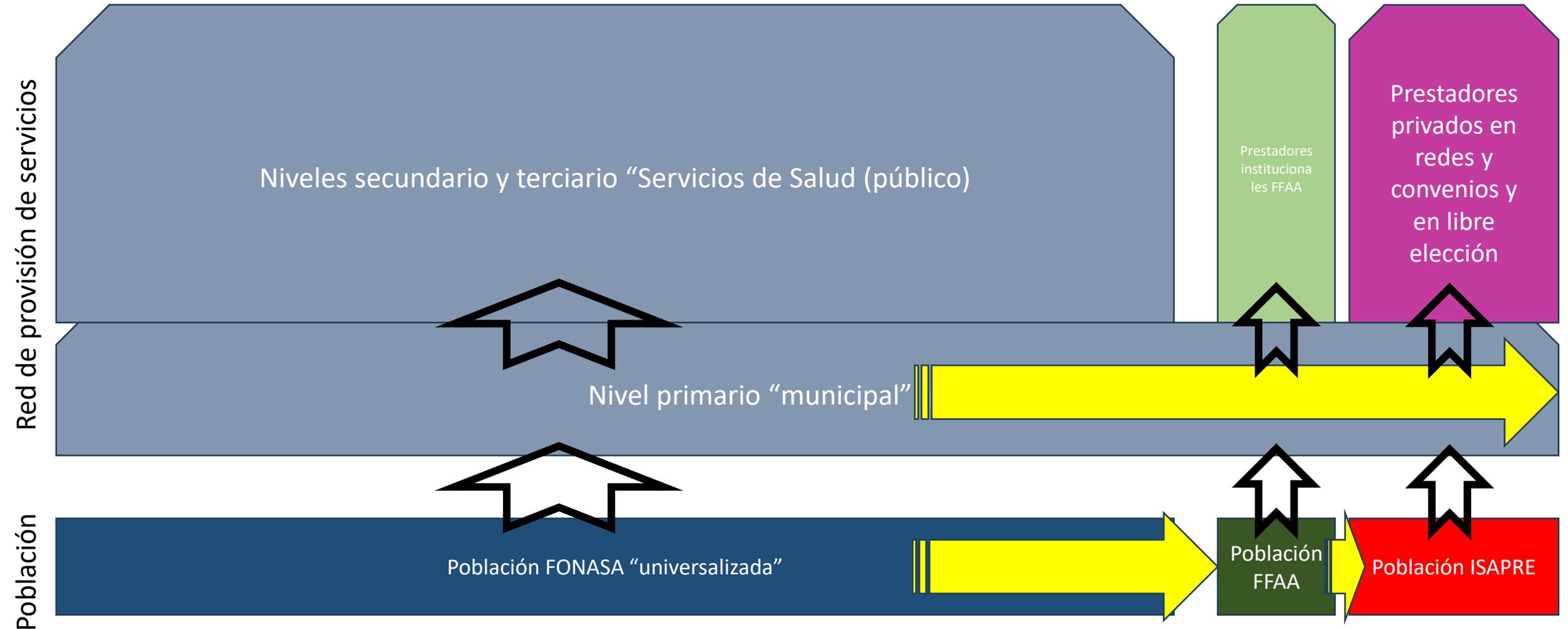
¿Qué hace la reforma actual de “universalización” del nivel primario municipal? (*Efecto “parcial” en segmento público*)



¿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*)

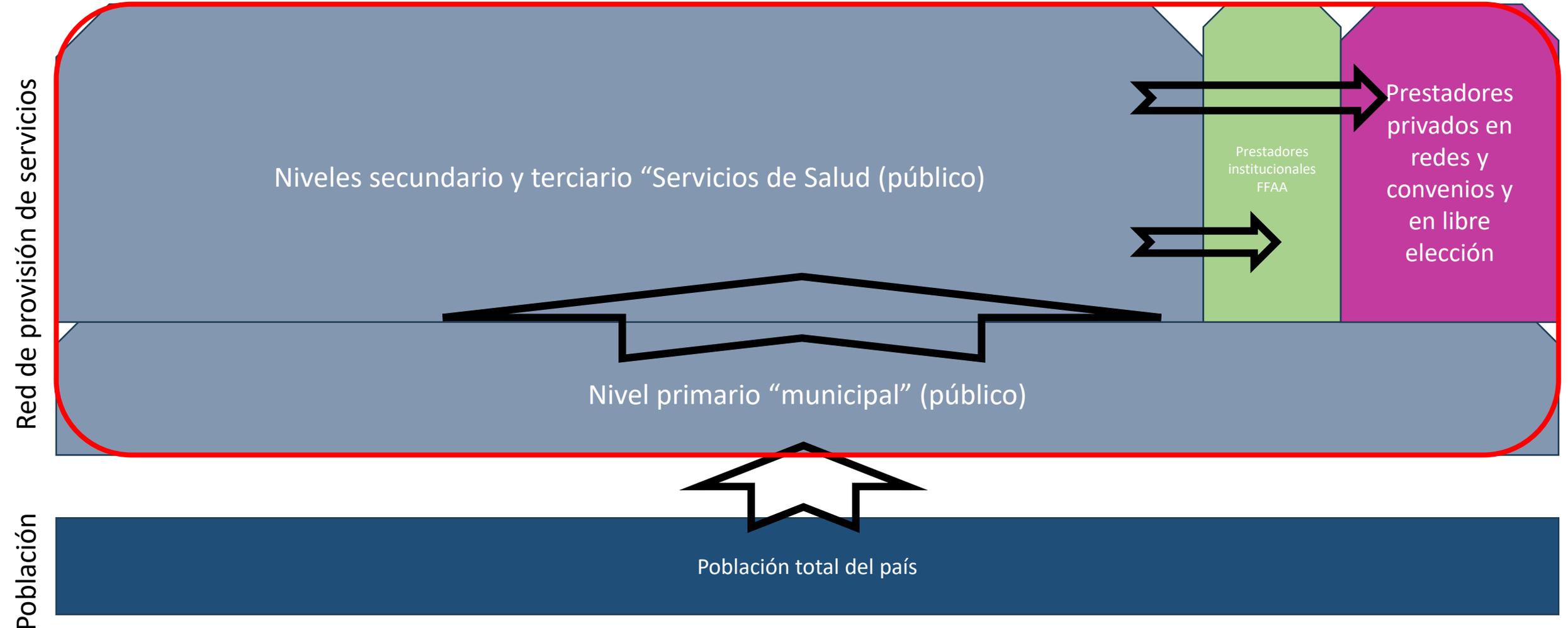


Lo que debe cambiar es...

- 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