

ASPECTOS CENTRALES DE LA IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE ASIGNACION DE RECURSOS PER CAPITA PARA LA ATENCION MUNICIPALIZADA DE SALUD

Cuad. Méd.-Soc., XXXV, 2, 1994/ 47-50

*Sr. César Oyarzo Mansilla, Director de Fonasa,
Sra. Luna Israel*

En la reunión del día 21 de julio de 1994 del Dpto. de Salud Pública del Consejo General del Colegio Médico se discutió el siguiente documento presentado por el señor César Oyarzo Mansilla, Director de Fonasa.

ASPECTOS CENTRALES DE LA IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE ASIGNACION DE RECURSOS PER CAPITA PARA LA ATENCION MUNICIPALIZADA DE SALUD

I. INTRODUCCION

El sistema de Asignación de Recursos Financieros hacia el sector público de salud ha sido objeto de críticas desde hace largo tiempo. Lo anterior debido a que el actual sistema (FAP, FAPEM) no cumple con los criterios generalmente aceptados de equidad, solidaridad, eficiencia, participación y descentralización.

En este marco surge la propuesta de implementar un nuevo sistema de pago a la atención primaria, basado en la aplicación de un pago Per Cápita. Dicha propuesta surge de un trabajo conjunto —en distintos momentos en el tiempo desde 1991 a la fecha— de equipos de profesionales interdisciplinarios de salud, economía y administración, de diferentes instituciones públicas relacionadas con el tema.

La propuesta del sistema Per Cápita tiene como objetivos centrales mejorar la equidad, incentivar la calidad y favorecer la descentralización.

Después de cuatro años de trabajo e investigación, la autoridad del MINSAL decidió dar inicio el

1° de julio de 1994 a la implementación del modelo, en forma gradual y flexible, bajo definiciones concretas respecto de: que no se reducirán los actuales aportes a ninguna comuna del país y el aumento de los recursos se distribuirá con criterios de equidad, basados en factores de pobreza y ruralidad, principalmente.

II. SISTEMA PER CAPITA

El Sistema Per Cápita se fundamenta en tres pilares básicos: la determinación del costo de un Plan de Atención de Salud Familiar, la inscripción de la población beneficiaria del sector público y la definición de compromisos de gestión.

La determinación del monto de recursos necesarios se basa en definir una determinada cantidad de prestaciones a entregar, denominado Plan de Salud Familiar (PSF) y valorarlo, es decir; determinar el precio de las prestaciones entregadas con objeto de definir el costo de un programa de salud integral para una persona beneficiaria tipo del sector público. Debe destacarse que este proceso establece sólo un marco de referencia, ya que la lógica del sistema apunta a que exista flexibilidad en la estrategia de otorgar prestaciones. La restricción obviamente viene dada por la capacidad de generar planes de menor costo-efectividad que los que sirvieron de base para la estimación de costos.

El paso metodológico recién detallado permite conocer el costo por persona beneficiaria, por lo que para obtener el monto total de recursos necesarios por establecimiento de atención primaria se requiere conocer la población beneficiaria de cada comuna. En este sentido, surge como herramienta el

“Proceso de Inscripción de Población Beneficiaria por Comuna”. La inscripción de las personas proporciona también beneficios directos, asociados a la señal que origina un sistema en que los recursos siguen a las personas y no son entregados directamente a los proveedores.

Con objeto de velar por la calidad de las prestaciones entregadas y la gestión realizada por cada comuna se requiere la generación de Compromisos de Gestión.

En este sentido el Sistema Per Cápita es una herramienta integral que necesita para su éxito la coexistencia de los tres factores mencionados anteriormente.

II.1. METODOLOGIA DE CALCULO DE COSTOS

El cálculo del pago Per Cápita se basa en la definición de un Plan de Salud Familiar (PSF), coeficientes de productividad y costos. Como se señaló anteriormente, todo esto sólo sirve de referencia a un marco de estrategias localmente determinadas.

A su vez concentra en su formulación criterios diferenciadores respecto de factores de pobreza y ruralidad por comunas, con el objeto de favorecer una distribución más equitativa de los recursos.

Es así como la determinación del Per Cápita se separa en dos definiciones: una denominada Per Cápita Basal, que corresponde al costo por persona base para cualquier comuna del país, y un conjunto de ponderadores asociados a los factores que, de acuerdo a las definiciones de la política de salud, se pretende favorecer (pobreza, ruralidad).

II.1.1. PER CAPITA BASAL

El Per Cápita Basal se construye en primer lugar determinando una cantidad de prestaciones a entregar –definido en el PSF–, las cuales fueron analizadas con los Jefes de Programas del MINSAL y se basan en consideraciones normativas respecto de los programas que debería entregar un PSF.

Luego se requiere conocer el rendimiento esperado de los recursos humanos, para lo cual se asumen rendimientos normativos respecto de las actividades a realizar, los cuales se definen de acuerdo a la normativa programática del MINSAL.

Una vez definida la cantidad de prestaciones a realizar, se requiere determinar el costo de dichas prestaciones, por lo cual surge la necesidad de determinar el costo del PSF.

La estimación del costo de las prestaciones, por

razones de simplicidad metodológica, se dividió en dos grupos: cálculo de los costos de remuneraciones asistenciales y el resto de los componentes de los costos (gasto de farmacia, operación y administración), denominado costo no asistencial.

La estimación de las remuneraciones directas se realizó en base a la aplicación del Estatuto de Atención Primaria Municipal E.A.P.M. Dicha estimación tiene como resultado una remuneración promedio, basada en una carrera funcionaria tipo y supuestos respecto de las asignaciones que el Estatuto contempla. La estimación de la remuneración tipo se ha realizado en coordinación con las estimaciones que al respecto ha preparado el Ministerio de Hacienda.

Respecto de las asignaciones, especialmente la zona y desempeño difícil, se han realizado supuestos particulares, puesto que ambas variables diferencian los Per Cápita a pagar en cada caso. Por lo anterior, la aplicación de estas asignaciones sólo se realiza en la estimación del Per Cápita diferenciado, ya que el basal refleja información homogénea para todas las comunas del país.

En cuanto a los demás costos, se estiman como porcentajes de la remuneración asistencial. Los coeficientes respectivos se obtuvieron en base a un estudio realizado por el MINSAL. Conscientes de la necesidad de mejorar los valores estimados en cuanto al costo no asistencial se harán esfuerzos por validar la información con juicio de expertos en el transcurso del presente año.

Finalmente se obtiene, utilizando la información recién descrita, el Per Cápita basal, el cual refleja el costo de las actividades realizadas en el Plan de Salud Familiar, sin considerar los factores diferenciadores.

II.1.2. CALCULO DEL PER CAPITA DIFERENCIADO

El Per Cápita diferenciado es aquel que refleja los factores diferenciadores por comunas, esto es, la ruralidad, pobreza, Asignación de Desempeño Difícil y la Asignación de Zona. Las distintas asignaciones son compatibles entre sí, con la excepción de la asignación por pobreza y desempeño difícil, ya que apuntan al mismo problema. La incorporación de ambas se debe a la necesidad de compatibilizar la aplicación del Estatuto de Atención Primaria con definiciones de pobreza más generales y flexibles.

El factor de ruralidad se determinó en base a dos criterios: la actual asignación implícita que recibían las comunas rurales y el mayor gasto de operación que dichas comunas presentan, valor que se obtuvo

de una encuesta realizada entre dichas comunas. El criterio fue elegir un valor superior al mayor de los dos coeficientes señalados como referencia. Esto permite asegurar que en promedio las comunas rurales recibirán una asignación mayor que la actual y que les permitirá cubrir sus mayores costos de operación. Debe indicarse que las comunas de menor tamaño, todas rurales, fueron sacadas de este criterio con el fin de entregarles una asignación fija, una forma de enfrentar los altos costos per cápita que resultan de su tamaño.

Las comunas consideradas como rurales son aquellas en las cuales la población calificada de rural, según el Censo de 1992, excede el 30%.

Respecto de la determinación del factor pobreza, se siguió un criterio semejante al señalado para la ruralidad. Se usó como base de cálculo el actual porcentaje implícito de asignación y el valor necesario para cubrir el costo de la Asignación de Desempeño Difícil definido en el E.A.P.M..

El factor elegido supera a los dos factores anteriores, lo que permite estar seguro que en promedio las comunas elegidas en esta categoría recibirán, tanto en términos relativos como absolutos, una mayor cantidad de recursos y que éstos pueden financiar la Asignación de Desempeño Difícil.

Las comunas definidas como comunas pobres en esta primera etapa corresponden al 25% del total, lo que no implica por tanto que se esté haciendo un juicio determinístico de su situación relativa al resto de las comunas, ya que éstas son ordenadas de mayor a menor valor respecto de un Índice. En las etapas siguientes se considera introducir una mayor diferenciación que la actual. La propuesta presentada a los SEREMIS, quienes deben realizar la clasificación de su respectiva región, se determinó en base al criterio de ingresos comunales, definido por el Índice de Privación Municipal (IPP), el cual determinó el límite de comunas pobres sobre la sumatoria de la población beneficiaria a partir del municipio con mayor IPP, hasta completar el 25% de la población beneficiaria del sector público.

Se ha definido como criterio para asignar el factor de pobreza que cuando surja la definición del E.A.P.M.. respecto de las comunas que tengan derecho a la A.D.D., se entregará sólo un beneficio, es decir, aquellas comunas que están catalogadas como pobres por el criterio per cápita y de desempeño difícil por el E.A.P.M. se les pagará el factor más alto. A aquellas comunas que sólo les corresponda la asignación de pobreza se les pagará como pobre y aquellas que sólo sean consideradas de desempeño difícil por el E.A.P.M. se les pagará la asignación correspondiente.

Respecto de la Asignación de Zona, se incluirá el porcentaje correspondiente asignado por el sector público para todos aquellos trabajadores con derecho a AZ.

II.2. SISTEMA DE INSCRIPCION

El proceso de inscripción permitirá que la población beneficiaria del sector público elija el establecimiento en el cual desea recibir las prestaciones de salud, en función de la calidad percibida en la atención.

Se cancelará a la entidad administradora del establecimiento por cada persona inscrita beneficiaria del sector público.

Para la implementación del proceso de inscripción el nivel central apoyará a través de sistemas computacionales y asesorías.

II.3. COMPROMISOS DE GESTION

A partir del 1° de julio de 1994 se iniciará el diseño de compromisos de gestión, con el objeto de establecer las metas y resultados esperados a alcanzar por las comunas.

Dichos compromisos se enmarcarán dentro de los programas de salud y planificación local que definen los servicios de salud, en base a la realidad local y regional.

Estos compromisos deberán suscribirse entre noviembre y diciembre del presente año.

III. IMPLEMENTACION SISTEMA PER CAPITA

El sistema per cápita se inició el 1° de julio de 1994, en una etapa de transición, la cual no considera la situación que contempla la aprobación del E.A.P.M., por lo que la provisión de recursos destinados para él no ha sido considerada en esta etapa.

El nivel central determinó que –luego de cuatro años de estudios e investigaciones– era prioridad iniciar la implementación del sistema per cápita, aun cuando no se tuviera aprobado el E.A.P.M. y existan complejidades en la determinación de la población beneficiaria y las comunas pobres no pobres.

Las estimaciones realizadas sirven de base para la distribución de los recursos focalizados hacia las comunas de mayor ruralidad y pobreza. Sin embargo, no son rígidas y podrán modificarse en la medida que se tenga información fidedigna, completa y general para todo el país.

Es así como la población estimada se podrá

OPINION

modificar a través del proceso de inscripción, el cual gradualmente determinará la efectiva población beneficiaria del sector público. Lo anterior dependerá de las capacidades locales de cada comuna para desarrollar el proceso de inscripción.

Por su parte, la definición de comunas pobres no pobres podrá ser modificada si se presenta otro criterio nacional compatible con el sistema per

cápita y de esta forma ser incorporado gradualmente en el tiempo.

El proceso de implementación ya iniciado permitirá que más de 200 comunas del país vean aumentados sus recursos; se transferirán alrededor de 300 millones de pesos por mes en lo que resta del presente año, y ninguna comuna verá reducidos sus ingresos en esta etapa.