

Sobre el nuevo Modelo de Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipalizada

Dr. Flavio Zepeda L.

Director Centro de Salud Rinconada
Médico de Familia
Magíster © Gestión
de Organizaciones de Salud
Universidad de Valparaíso

INTRODUCCIÓN

Asistimos a un cambio en el posicionamiento del Nivel Primario de Salud desde hace al menos 10 años que se ha caracterizado por modificaciones en la importancia relativa de este nivel, a través del rol político social que se le ha asignado, y por las vías de financiamiento diseñadas.

El fortalecimiento de la Atención Primaria se da en el contexto de la Conferencia de Alma-Ata (Kazajstán) en el año 1978 en que se vislumbra la esperanza de "salud para todos". Sin embargo, el término "primario" adquirió diversas connotaciones técnicas (primer contacto con el sistema sanitario, tratamiento sencillos, o intervenciones para

atacar las causas primarias de las enfermedades) y políticas (multisectorialidad o participación comunitaria)¹. En el mundo, el financiamiento de esta estrategia fue inadecuado y nuestro país no fue la excepción, particularmente durante la década de los '80, lo que redundó en una caída en el gasto sectorial.

Esta tendencia al descenso presupuestario y abandono del Nivel Primario comienza a revertirse en la década de los '90 con un fuerte incremento en la estructura salarial de los empleados sanitarios del sector público e inversión en infraestructura lo que fue en algún momento catalogado como un déficit en la productividad por connotados economistas del ámbito nacional como los derivados del Estudio de Rodríguez-Tokman (CEPAL, 2001). Sin embargo, estas diferencias pueden deberse a un incremento en el uso de servicios, un cambio en la estructura de las prestaciones con un mayor número de exámenes, la reposición salarial (entendida como una dignificación salarial), y la reposición de la inversión prácticamente ausente en la década de los '80².

ATENCIÓN PRIMARIA Y REFORMA

El cambio de Modelo de Atención

planteado en el marco de la Reforma de la Salud, a partir de cambios paradigmáticos, posiciona a la Atención Primaria como base del sistema, como puerta de entrada a éste, y con la idea que un gran volumen de problemas de las personas que generan consulta se solucionen en ese nivel³, es decir, un incremento en la capacidad resolutive. Para ello, define la existencia de un equipo médico de cabecera que garantice un cuidado integral y continuo de las personas. Por otro lado, plantea la necesidad de aumentar la capacidad resolutive a través de la adquisición de servicios diagnósticos y compra de programas de resolución de especialidades. El mismo documento establece la necesidad de mantener un estrecho contacto con el nivel complementario con el objeto de evitar derivaciones innecesarias y propender a una capacitación constante desde este nivel. Por otro lado, la Reforma en curso establece al Nivel Primario como la puerta de entrada de salud y le confiere la responsabilidad de aumentar la resolutive (la cual según un estudio de Infante y cols del año 1997 la establecen en un magro 70%)⁴.

En la misma dirección se plantea el Proyecto de Ley sobre Autoridad Sanitaria, una Atención Primaria con población a cargo y derivación regulada hacia

¹ Capítulo 1, ¿por qué son importantes los sistemas de salud?. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS.

² Rendimiento del Gasto Público en Salud. Chile 1990-99. Comentario al Estudio Rodríguez-Tokman. Elaborado por el Dr. Claudio Sepúlveda Álvarez en Agosto de 2002.

³ Documento "Reforma de Salud", capítulo IV Actualización de Nuestro de Modelo de Atención". Sitio web Minsal.

⁴ Evaluación de la Atención Primaria 1997. División de Salud de las Personas. Departamento de Atención Primaria.

TEMA CENTRAL

los niveles complementarios⁵. En el mismo sentido el proyecto de Ley AUGE define a la Atención Primaria como la puerta de entrada a la Red de Salud a fin de recibir los beneficios del Régimen de Garantías en Salud⁶. En resumen, una Atención Primaria diseñada para responder y eventualmente derivar a los beneficiarios del AUGE vinculados al nivel complementario.

SOBRE EL FINANCIAMIENTO

El año 1994 se produce un primer cambio en las vías de financiamiento del nivel primario de atención, el cual hasta la fecha se efectuaba mediante la modalidad de Financiamiento por Atención Prestada (FAPEM) privilegiándose la ejecución de acciones preferentemente curativas, dando paso a un pago capitado por una cartera de servicios para una población asignada determinada. En 1996 se complementa lo anterior con un sistema de incentivos a la producción específica a través de la firma de Compromisos de Gestión con metas de producción específicas. Tales Compromisos de Gestión adolecieron de criterios de jerarquización que permitieran direccionar las acciones hacia aquellas metas de mayor impacto sanitario.

A partir del año 2001 se incorporan programas especiales, llamados también Programas de Reforzamiento, que vienen a debilitar el concepto de capitación y por ende el de población a cargo. Es así que según fuentes de la División de Gestión de Red Asistencial el año 1995 el 89% de los fondos eran capitados para caer a un 62% en el año 2004. Estas asignaciones especiales generan incentivos perversos ya que disminuye

la preocupación sobre la población capitada.

A partir del año 2005 se define una modalidad de financiamiento que viene a revitalizar el aporte per capitado dando mayor énfasis en la población a cargo de cada equipo. De este modo un grupo de los programas de reforzamiento se adicionan al monto per cápita, el cual a su vez es incrementado básicamente en aproximadamente un 14%.

Esta cifra basal puede incrementarse según los siguientes ítems:

- Corrección por pobreza: según información aportada por la Subsecretaría de Desarrollo Regional a través del Instrumento Índice de Privación Promedio Municipal, el cual permite superar la dicotomía pobre- no pobre a 4 estadios, según el porcentaje de aportes del Fondo Común Municipal.
- Riesgo asociado por edad: el cual significa un pago adicional por Adulto Mayor de 65 años inscrito validado.
- Ruralidad: entendida como aquellas comunidades que presentan sobre un 30% de población rural.
- Condiciones que ameriten una Asignación de Desempeño Difícil, es decir, que signifiquen un riesgo para la seguridad de los funcionarios que laboran en aquellos centros.
- Condiciones que ameriten una Asignación de Zona, es decir, aquellos que presentan aislamiento geográfico.

Los programas que se absorben son:

- Programa de Mejoramiento de Atención Primaria con todos sus componentes.

- Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión y VIF.
- Programa IRA sin fármacos (en la práctica sin fármacos inhalados; los que requerirán un aporte suplementario).
- Programa de Salud Cardiovascular (excluyendo la Insulina, exámenes de laboratorio y procedimientos especiales que vienen financiados suplementariamente).

Hasta aquí la noticia es altamente novedosa y auspiciosa, sin embargo, en virtud del artículo 49 del Estatuto de Atención Primaria en su título III se establece que el aporte per cápita será recibido mensualmente según los siguientes criterios:

- a) Población potencialmente beneficiaria en la comuna y las características epidemiológicas;
- b) Nivel socioeconómico de la población e índices de ruralidad y dificultad para acceder y prestar atenciones de salud;
- c) El conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna, y
- d) Cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, en base a una evaluación semestral.

De este aspecto lo novedoso y más importante es el tema de la reliquidación.

DE LOS DESEMPEÑOS

Basados en la implementación de la Autoridad Sanitaria y el Régimen de Garantías en Salud y Garantías Explícitas en Salud se define una canasta de prestaciones contenidas en el Decreto N° 181⁷ del 24 de Enero de 2005.

⁵ Artículo 16 ter del Proyecto de Ley sobre Autoridad Sanitaria y Modelo de Gestión. Boletín 2980-11-2. Disponible en sitio web Minsal.

⁶ Artículo 13 del Proyecto de Ley de Régimen de Garantías en Salud. Boletín 2947-11. Disponible en sitio web Minsal.

⁷ Documento que determina el aporte estatal a entidades administradoras de salud municipal que indica por período que señala.

El conjunto de prestaciones referido es el habitualmente establecido en el Plan de Salud Familiar 2, pero con indicadores de metas específico, agregando actividades con garantías explícitas en salud asociadas a programa, las cuales constituyen las prestaciones AUGE para la Atención Primaria:

- Diagnóstico y Tratamiento de hipertensión arterial o esencial: consulta de morbilidad y controles en programas de adolescentes, para beneficiarios de 15 años y más, adultos y adultos mayores.
- Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: consulta de morbilidad y controles de crónicos en programa del niño, adolescentes, adulto y adultos mayores.
- Acceso y evaluación integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del programa odontológico.
- Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria, para beneficiarios desde 1 año a menores de 15 años: consulta de morbilidad y controles de crónicos en programa del niño y del adolescente.
- Acceso tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consulta de morbilidad y kinésica en menores de 5 años.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de neumonías adquiridas en la comunidad de manejo ambulatorio en personas mayores de 65 y más años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.

Para la evaluación del desempeño de los equipos de atención primaria se ha construido el Índice de Actividad de Atención Primaria que presenta un

componente de Actividad General y un Componente de Actividades con Garantías Explícitas (las enunciadas en el párrafo anterior).

Las justificaciones, áreas de evaluación, indicadores, metas y operaciones de éste índice son definidas en el Ord. N° 193 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Los componentes del Índice General son consistentes con la definición de parejas problema- prestación definidos por el Minsal en documentos vinculados con la Reforma donde se plantea además su justificación en términos de impacto sanitario y costeo global aproximado⁸.

Sistematizando los componentes de tal índice encontramos condiciones que dan cuenta de los siguientes factores de riesgo y métodos de pesquisa y garantías de tratamiento:

- Cobertura de Diabetes Mellitus.
- Cobertura de Hipertensión Arterial Esencial.
- Cobertura del examen de salud preventivo del adulto.
- Disponibilidad de fármacos.
- Cobertura de tratamiento integral de la depresión.

Además, encontramos acciones de prevención primaria y herramientas de pesquisa e intervención en grupos prioritarios:

- Evaluación de Desarrollo Psicomotor en niños y niñas menores de 18 meses y sus metas de intervención y recuperación.

- Evaluación de la Funcionalidad del Adulto Mayor y establecimiento de metas de recuperación.
- Control precoz del embarazo (inscripción antes de las 13 semanas).

Intervenciones costo efectiva sobre ámbitos de gran valoración ciudadana.

- Acceso a atención odontológica de urgencia en población adulta.

Intervenciones que ayudan a prevenir morbi-mortalidad en grupos prioritarios:

- Oportunidad de atención médica antes de 48 horas a niños menores de 5 años.
- Oportunidad de atención médica antes de 48 horas a adultos mayores.
- Acceso de la población a atención médica y odontológica en horario extendido.

Redireccionamiento de las consultas hacia establecimientos dependiendo de los motivos de consulta con el objeto de vincular mejor urgencia⁹ y emergencia¹⁰ médica, permitiendo un mejor uso de los diversos componentes de la Red Asistencial.

- Tasa de consulta médica de urgencia no pertinente en Unidades de Emergencia Médica Hospitalaria por inscrito por comuna.

Tanto las actividades del índice de Actividad General como el Índice AUGE son consistentes con Las Metas Sanitarias para la Década 2000-2010, como con los Documentos Técnicos que dan sustento a la Reforma desarrollados el

⁸ Plan AUGE. Una base sanitaria para la Reforma del Sistema de Salud Chileno. Documento de trabajo para los Talleres "Planificando el futuro de la salud". Marzo 2002.

⁹ "aparición fortuita de un problema de etiología diversa y que genera la vivencia de necesidad inmediata de atención médica", es decir, elemento derivado de la subjetividad de las personas.

¹⁰ "Atención de Salud no postergable definida por el equipo médico a partir de criterios clínicos"

TEMA CENTRAL

año 2002, como con la Encuesta Nacional de Salud 2003 desarrollada por la Pontificia Universidad Católica de Chile por encargo del Minsal que evidencian una prevalencia de factores de riesgo cardiovascular cercano al 60% en la población adulta.

Todas las acciones mencionadas apuntan a mejorar la salud de las personas, especialmente los más pobres a través de acciones costo efectivas, incluyendo un efecto redistributivo de la carga impositiva¹¹, es decir, los subsidios dirigidos a la población indigente de nuestro país permite que reciban la cartera de servicios evaluada por el Índice de la Actividad de Atención Primaria.

DIRECCIONAMIENTO DE LOS DESEMPEÑOS

Es claro, y el modelo así lo propicia el manejo gerencial de los recursos a nivel local es cada vez más urgente, probablemente debiendo llegar a plantearse una profesionalización de los cargos directivos en establecimientos de nivel primario, como ya se ha hecho en el nivel hospitalario. Los establecimientos del nivel primario cada vez manejan

más recursos derivados de aportes per cápita, traspasos de la entidad administradora, traspaso para compra de servicio tales como fondos para resolución de Vicios de Refracción, toma de Mamografías, Ecografías para detección de colelitiasis, por citar algunos. Esto hace que establecimientos con una población inscrita de 6.500 beneficiarios lleguen a manejar \$ 190.000.000 anuales.

Hasta hace poco, el modo de garantizar el buen uso de estos recursos y la realización de un determinado volumen de prestaciones, vigente en la actualidad, era, y son el incentivo al desempeño colectivo de metas, el que presenta un componente base y un componente variable, éste último con los años irá adquiriendo un mayor peso específico. Tales incentivos recaen sobre los funcionarios, lo cual es positivo dado que son quienes ejecutan las acciones. En lenguaje popular podríamos decir que "la Ley de la zanahoria" recae sobre los funcionarios.

Sin embargo, en virtud de la letra d del artículo 49 de la Ley N° 19.378 ("el estatuto") los procesos de reliquidación recaen sobre las entidades administradoras. Reliquidación es una forma ele-

gante de decir condicionamiento presupuestario en base a metas, en lenguaje popular "la ley del garrote" recae sobre la entidad administradora. Indudablemente, los funcionarios a plazo indefinido no serán perjudicados, el problema podría recaer en los funcionarios a plazo fijo quienes no podrán renovar su contratos por déficit presupuestario, lo cual a su vez puede aumentar el nivel de incumplimiento. Otros problemas pueden darse en aquellos ítems presupuestarios no remuneracionales de los establecimientos municipalizados.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Desde mi opinión personal, creo que el nuevo modelo de financiamiento de la Salud Municipalizada permite un manejo gerencial de más alto vuelo, permitiendo mayores beneficios para la gente. Los fondos entregados son suficientes para alcanzar las metas solicitadas mediante un buen proceso gerencial generando excedentes que pueden ser redistribuidos en inversión de los propios establecimientos.

La pregunta que queda en el aire es, ¿estamos preparados para gerenciar?

¹¹ Pobreza e Indigencia e Impacto del Gasto Social en la Calidad de Vida. Informe Ejecutivo. Julio 2001, Mideplan.