

Abril 2015– Síntesis rápida de evidencia

¿Cuáles son los indexadores propuestos para ajustar el per-cápita como mecanismo de financiamiento de la Atención Primaria de Salud (APS) municipal en Chile?

El modelo de asignación de recursos para la APS municipal es un monto per cápita el cual, al multiplicarlo por el número de inscritos de cada comuna, entrega el monto de financiamiento que cada municipio recibe. Luego, este monto basal se ajusta por ruralidad, pobreza, edad, desempeño difícil y dificultad para acceder a las atenciones de salud.

Mensajes clave

- Se sugiere incorporar como **variable continua la pobreza** de la población a cargo como indexador al per-cápita. La **población FONASA A** es el indicador más mencionado
- Se propone incorporar como **variable continua la ruralidad**. El **porcentaje de la población rural** es la más mencionada
- La evidencia menciona ajustar por **edad, género, y prevalencia de enfermedades crónicas**, donde principalmente se señalan **hipertensión y diabetes**
- Las investigaciones sugieren **clasificar nuevamente las comunas costo fijo**

Este documento se encuentra disponible en

EVIPNET Chile (evipnet.minsal.cl)

¿Qué es una síntesis rápida de evidencia?

Es una recopilación de la evidencia disponible para evaluar la pertinencia de una intervención que se realiza en un plazo **no mayor a 15 días hábiles**

! Este resumen incluye:

- **Introducción:** Contextualización del problema.
- **Principales hallazgos:** Evidencia que aporta argumentos para la toma de decisiones

X No incluye:

- Recomendaciones explícitas para detallar el desarrollo de una política pública
- Consideraciones en la implementación, tales como precio, marcos regulatorios, impacto en equidad, etc.
- Análisis detallado sobre experiencias internacionales y legislación comparada.

NO se encontraron revisiones sistemáticas

Tiempo utilizado para preparar esta síntesis:

5 días hábiles

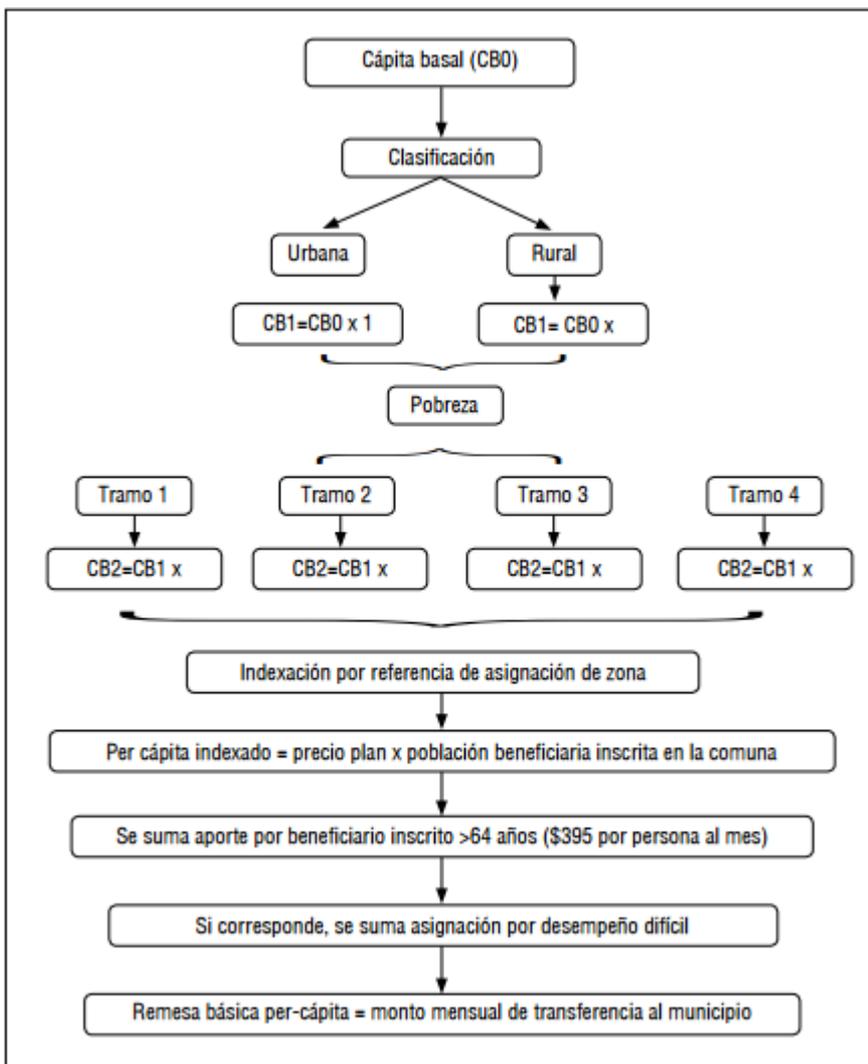
¿Quién solicitó este resumen?

Esta síntesis fue solicitada por la **División de Atención Primaria** del Ministerio de Salud de Chile.

Introducción

La Atención Primaria de Salud (APS) es la primera instancia donde los usuarios deben acudir para ser derivados según su gravedad a otros niveles de la red [1], lo que la convierte en la puerta de entrada al sistema de salud.

Desde hace casi 20 años nuestro país adoptó como modelo de asignación de recursos al sistema de salud un monto per cápita el cual, al multiplicarlo por el número de inscritos de cada comuna, entrega el monto de financiamiento que cada Entidad Administradora Municipal de Salud (EAMS) recibe. Actualmente, este monto per capitado es ajustado por ruralidad, pobreza, acceso a la atención de salud y zonas de desempeño difícil. El procedimiento para calcular este monto se muestra en la siguiente figura [2]:



No obstante los ajustes realizados, las Municipalidades que tienen mayor capacidad económica pueden realizar aportes complementarios para ofrecer servicios de salud a la población de su comuna, lo que si bien responde mejor a las necesidades determinadas localmente, muchas veces aumenta las inequidades en la atención, en relación a la población general del país. Además, se ha estimado que los ajustadores del per-cápita no responden a los cambios que la población a cargo pueda experimentar en el tiempo [3].

¿Para quién es este resumen?

Personas tomando decisiones sobre la creación de una política para ajustar el per-cápita del financiamiento a la Atención Primaria de Salud (APS)

¿Cómo fue preparado este resumen?

Recopilando documentos que hayan analizado el financiamiento de la APS.

Se realizó una búsqueda, tanto de publicaciones indexadas en MedLine, como de literatura gris que abordara posibles indexadores al per-cápita

Objetivo de esta síntesis

Informar la toma de decisiones respecto de una política para modificar el financiamiento de la APS en Chile. Se presenta una pequeña introducción al tema, los principales hallazgos de la síntesis, una tabla resumen de los indexadores y variables sugeridas.

Por otra parte, a las comunas con menos de 3.500 habitantes les es asignado un monto predeterminado, independiente del número de usuarios del sistema (comunas costo fijo). El monto per-cápita del año 2014 es de \$4.373, el que ha aumentado sustancialmente en los últimos años, así como también el del presupuesto general de salud y de programas APS-FONASA [4].

Por último, el financiamiento se ajusta con programas de salud complementarios para financiar actividades específicas¹ definidos por el MINSAL, que se traducen en convenios con cada EAMS, los que financian actividades específicas (por ejemplo, las urgencias de atención local atendidas por los SAPU) y tienen algún grado de modificación a nivel local en base a los acuerdos a los que puedan llegar el Municipio y el Servicio de Salud respectivo.

Esta síntesis tiene por objetivo recopilar los indexadores que se han propuesto en la literatura para ajustar el per-cápita a las necesidades que cada comuna posea, de manera de contar con un financiamiento más equitativo para la APS.

¹ Programas SAPU, IRA, Chile Crece Contigo, entre otros.

Resumen de Hallazgos

Se utilizaron principalmente 11 estudios realizados entre los años 2006–2014 que estudiaron el impacto de incluir distintos indexadores del per-cápita en la realidad local.

Se debe considerar que, si bien algunas investigaciones han propuesto cambiar el método de financiamiento de la APS a un sistema basado en agrupadores ACG (Adjusted CLinical Groups) [4][5], el alcance de este informe se enfoca principalmente en los indexadores que se debiesen utilizar al actual per-cápita y las variables que se podrían utilizar para medir estos indexadores.

El resumen de las dimensiones e indicadores propuestos se presentan recopilados en una tabla.

Hallazgo 1

→ **Las investigaciones muestran conceso en incorporar la pobreza de la población a cargo como indexador al per-cápita. Se propone utilizar una variable continua, dentro de las cuales, la población FONASA A es la más mencionada.**

Los estudios realizados concuerdan ampliamente en que el per-cápita actual debe ser ajustado por pobreza. Sin embargo, existe un diagnóstico similar en cuanto a que este ajuste se podría mejorar en base a 2 características:

- 1) Cambiar desde un indicador que mide la pobreza de la comuna, a otro que mida la pobreza de la población que habita en la comuna [5][6][7]
- 2) Cambiar desde un indicador categórico (por tramos) a uno continuo [2][5][7]

Dentro de los indicadores sugeridos, el que más frecuentemente se ha propuesto es la población FONASA A de cada comuna.

Hallazgo 2

→ **Las investigaciones muestran conceso en incorporar la ruralidad como indexador al per-cápita. Se propone utilizar una variable continua, dentro de las cuales, el porcentaje de la población rural es la más mencionada.**

Las investigaciones concuerdan en que es necesario ajustar el per-cápita basal por la ruralidad de la comuna. Similarmente al ajuste por pobreza, la evidencia propone 2 tipos de mejoras:

- 1) Revisar la definición de ruralidad[6][7][8]
- 2) Cambiar de un indicador dicotómico a uno continuo[2][5][6]

El indicador más mencionado es el porcentaje de la población que vive en condiciones de ruralidad en la comuna.

Hallazgo 3

→ **La evidencia sugiere mantener el ajuste por edad e incorporar género, y prevalencia de enfermedades crónicas como indexadores. Dentro de estas últimas, hipertensión y diabetes son las más mencionadas.**

Las investigaciones muestran que, en general, es necesario contar con ajustes por riesgo al per-cápita. Se señala que este ajuste debiese contemplar 3 condiciones:

- 1) Edad de la población a cargo, la cual es incluida en el cálculo actual del per-cápita [2][5][9][10]
- 2) Sexo de la población a cargo [8][9][10]
- 3) Morbilidad de la población[9][11]. En esa línea, el ajuste que la mayoría de los estudios ha propuesto es incorporar prevalencias de enfermedades crónicas y, dentro de estas, las más frecuentemente mencionadas son hipertensión y diabetes.

Hallazgo 4

→ **Algunas investigaciones proponen incorporar aislamiento geográfico y seguridad personal como indexadores al per-cápita.**

Pese a que pocos estudios han abordado el tema, otros ajustes que la literatura propone son el aislamiento geográfico de una comuna (por ejemplo, cuando se presentan condiciones de insularidad) y la seguridad personal en algunos contextos urbanos.

Hallazgo 5

→ **Las investigaciones sugieren clasificar nuevamente las comunas costo fijo.**

Por último, numerosas investigaciones sugieren revisar el estado actual de las comunas de costo fijo, dado que muchas podrían quedar en una mejor situación al cambiar su financiamiento al per-cápita [2][6][9].

Tabla Resumen de estudios recopilados

| DIMENSIÓN | REFERENCIA | INDICADORES PROPUESTOS | FUENTES |
|---------------------------|---|---|-----------------------------|
| POBREZA | (Poblete & Vargas, 2007)[12] | Porcentaje de personas con ingresos menores a la Línea de Pobreza e Indigencia en la comuna | CASEN |
| | | Número de personas correspondiente al Grupo A de FONASA inscritas en la comuna | FONASA |
| | (Vargas & Poblete, 2006)[9] | Porcentaje de personas correspondiente al Grupo A de FONASA inscritas en la comuna | FONASA |
| | (Debrott & Ibáñez, 2014)[13] | Porcentaje de personas correspondiente al Grupo A de FONASA inscritas en la comuna | FONASA |
| | (Kuhn &Castillo, 2013)[11] | Número de personas correspondiente al Grupo A de FONASA inscritas en la comuna | FONASA |
| | (MINSAL, 2014) [5] | Población correspondiente al Grupo A de FONASA inscritas en la comuna | FONASA |
| | | Índice de Vulnerabilidad Escolar (IVE) | JUNAEB |
| | | Indicador que represente conjuntamente población FONASA A, IVE y actual IPP | FONASA JUNAEB SUBDERE |
| | (Montero et al, 2009)[2] | Porcentaje de personas correspondiente al Grupo A de FONASA inscritas en la comuna | FONASA |
| | (Torche, 2009)[10]* | Población correspondiente al Grupo A de FONASA inscritas en la comuna | FONASA |
| (Vargas & Wasem, 2006)[8] | Poder de financiamiento de la municipalidad | ND | |
| RURALIDAD | (Casanova, 2007) [6] | Porcentaje de la población a cargo que vive en condiciones de ruralidad. | ND |
| | (Vargas & Poblete, 2006)[9] | Densidad poblacional de la comuna | ND |
| | | Asignación por zona (utilizada por DIPRES para las remuneraciones del sector público) | DIPRES |
| | (Kuhn &Castillo, 2013)[11] | Índice de aislamiento estructural | SUBDERE |
| | (MINSAL, 2014) [5] | Porcentaje de la población a cargo que vive en condiciones de ruralidad | ND |
| | (Montero et al, 2009)[2] | Porcentaje de la población a cargo que vive en condiciones de ruralidad | ND |
| AJUSTES POR RIESGO | (Debrott & Ibáñez, 2014)[13] | Prevalencia comunal de enfermedades crónicas | ND |
| | (Orrego et al, 2014)[4] | Indicador de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus) | ND |
| | (Castillo, 2014) [5] | Prevalencia de enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión) | ND |
| | | Proporción de diferentes composiciones etarias de la población | ND |
| | (Montero et al, 2009)[2] | Indicador de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus) | ND |

| DIMENSIÓN | REFERENCIA | INDICADORES PROPUESTOS | FUENTES |
|----------------------------------|------------------------------|--|---------|
| AJUSTES POR RIESGO | (Torche, 2009)[10] | Prevalencia de enfermedades crónicas | ND |
| | | Ajuste por sexo de la población | ND |
| | (Vargas & Poblete, 2006)[9] | Ajuste por sexo de la población | ND |
| | (Vargas & Wasem, 2006)[8] | Ajuste por sexo de la población | ND |
| | | Prevalencia de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión o las que se considere que influyen más el gasto) | ND |
| AISLAMIENTO / INSULARIDAD | (Debrott & Ibáñez, 2014)[13] | Índice de aislamiento estructural de cada comuna | SUBDERE |
| | | Asignación especial para comunas insulares | ND |
| | (MINSAL, 2014) [5] | Índice compuesto que contemple aislamiento estructural, de acceso a servicios y urbano | ND |
| INSEGURIDAD | (Vargas & Poblete, 2006)[9] | Indicador que refleje inseguridad y riesgo para el personal de salud en centros urbanos | ND |

NA: No aplica

ND: No disponible

*Este estudio sugiere las variables aquí presentadas como las fundamentales. Sin embargo, adicionalmente menciona que la escolaridad, el ingreso monetario, el ingreso comunal, la proporción de pobres por comuna, la afiliación a FONASA B, y la situación de ruralidad también sería positivo incorporar

Información Adicional

Citación sugerida

Gonzalo Barreix, Cristian Mansilla, Andrea Arenas, Alain Palacios, David Debrott ¿Cuáles son los indexadores propuestos para ajustar el per-cápita para financiar la Atención Primaria en Chile? Síntesis rápida de evidencia. Abril 2015. EVIPNet Chile; Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Palabras Clave

Capitation; Chile; Primary Health Care; Risk Adjustment; Rapid response synthesis.

Referencias

- [1] Ministerio de Salud, “Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria,” 2013.
- [2] J. Montero, V. Vargas, F. Poblete, and A. Torche, “Análisis del modelo de asignación financiera en la atención primaria chilena: pertinencia del per cápita actual y uso de variables en su cálculo para,” *Camino al Bicentenario. Propuestas para ...*, 2008.
- [3] J. Raña K, J.-C. Ferrer O, and P. Bedregal G, “Modelo de asignación de recursos en atención primaria,” *Rev. Med. Chil.*, vol. 135, no. 1, pp. 54–62, Jan. 2007.
- [4] Centro de Políticas Públicas UC, “Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno,” *Temas la Agenda Pública*, vol. 67, 2014.
- [5] Ministerio de Salud, “Colaboración en la elaboración de una propuesta de recomendaciones técnicas sobre asignación de recursos a nivel comunal con criterios de equidad geográfica,” 2014.
- [6] C. Casanova, “Análisis conceptual del requerimiento de actualización, ajuste y aumento del aporte estatal, en el contexto de la financiación capitada de la atención de salud municipal chilena,” 2007.
- [7] Ministerio de Salud, “FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL EVALUACIÓN DE INDEXADORES DEL PER CÁPITA BASAL.”
- [8] V. Vargas and J. Wasem, “Risk adjustment and primary health care in Chile.,” *Croat. Med. J.*, vol. 47, no. 3, pp. 459–68, Jun. 2006.
- [9] V. Vargas and S. Poblete, “Incrementar la Equidad en Atención Primaria: Revisión de la Fórmula Per Cápita,” *Rev. Chil. Med. Fam.*, vol. 7, no. 2, pp. 76–83, 2006.
- [10] A. Torche, “Introducción de factores de riesgo en el financiamiento de la salud primaria en Chile,” 2009.
- [11] L. Kuhn and M. Castillo, “Atención primaria de salud en Chile: mecanismos de financiamiento y consideraciones de equidad,” *Boletín de Economía y Salud*, pp. 15–21, 2013.
- [12] S. Poblete and V. Vargas, “El Ajuste Socioeconómico en el Financiamiento de la Atención Primaria,” *Rev. Chil. Med. Fam.*, vol. 8, no. 1, pp. 24–31, Dec. 2007.
- [13] D. Debrott and C. Ibañez, “Análisis y Propuesta de Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipal,” 2014.