

El presente documento es la versión digitalizada de un documento que fue publicado en versión impresa en la serie Documentos de Trabajo, de la Corporación de Promoción Universitaria, Santiago, Junio 2 de 1995.

Citación sugerida: Duarte, D. *Asignación de recursos per cápita en la Atención Primaria. La experiencia chilena*. Documentos de Trabajo, CPU, Santiago, Junio 1995.

ASIGNACION DE RECURSOS PER CAPITA EN LA ATENCION PRIMARIA. LA EXPERIENCIA CHILENA.¹

Dr. Dagoberto Duarte Q.²

El presente documento tiene como finalidad describir la modificación introducida en el sector público de salud en Chile al reemplazar el mecanismo de asignación de recursos financieros hacia los establecimientos de nivel primario. Se trata de un proceso aún en marcha, pero en el que se pueden observar signos de consolidación y de avance significativos.

En primer lugar, se describirá el contexto en que surge esta transformación. Luego se detallarán los fundamentos del modelo y algunos efectos de su puesta en práctica. Finalmente, se agregarán algunos comentarios respecto a los desafíos futuros.

INTRODUCCION

En Chile, se comenzó a vivir una transformación del sistema de salud a partir de fines de los años setenta. Por una parte, se reemplazó el Servicio Nacional de Salud por el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Estos Servicios, de carácter Regional en algunos casos, o sub Regionales en otros, fueron concebidos como entidades autónomas, dotadas de patrimonio propio y autonomía jurídica. De esta manera, se pensaba que los Servicios de Salud se constituirían en entidades descentralizadas, asumiendo la responsabilidad en la toma de decisiones en todas aquellas materias que se referían al ámbito local. Sin embargo, a nuestro juicio, el hecho de que el Director del Servicio de Salud sea una autoridad dependiente del Gobierno Central, limita fuertemente la autonomía en la toma de decisiones. En la practica, dichos Directores están sujetos a las directivas de quienes los han nombrado en sus cargos.

Una segunda transformación importante ha sido el traspaso de la administración de los establecimientos de nivel primario a las municipalidades. Este proceso se efectuó teniendo como objetivos, entre otros, el acercar la toma de decisiones al nivel local y el movilizar recursos provenientes de los municipios hacia el sector salud (Giacconi, 1985). El desarrollo de este proceso se dio en dos grandes etapas, abarcando finalmente la casi totalidad de los establecimientos de nivel primario, es decir, los Consultorios Generales Urbanos y Consultorios Generales Rurales, así como las Postas de Salud Rural. Se mantuvo bajo la administración de los Servicios de Salud a los Hospitales, así como a los Consultorios Adosados, que son establecimientos de nivel primario similares a los anteriores, pero que funcionan como parte de un Hospital, generalmente de Tipo 3 o Tipo 4.

¹ Versión publicada en la serie Documentos de trabajo por la Corporación de Promoción Universitaria. Junio 2 de 1995.

² Médico. Coordinador de la Comisión Per Cápita. Fondo Nacional de Salud.

Una tercera transformación del sistema de salud tuvo que ver con la decisión de estimular la presencia del sector privado en materia de salud. Para ello, se crearon las Instituciones de Salud Previsional, (ISAPRE), las que tenían como función principal la administración de los recursos que las personas destinaban al cuidado de la salud, provenientes en general de la cotización obligatoria del 7% de los salarios. Con el transcurso del tiempo, estas entidades no sólo se han dedicado a la administración de los recursos financieros de sus beneficiarios, sino que paulatinamente han ido abarcando funciones de prestación de servicios, ya sea a través de la compra de instalaciones preexistentes, o por la vía de la construcción de infraestructura propia.

FINANCIAMIENTO DEL SECTOR MUNICIPALIZADO

Como se ha mencionado más arriba, uno de los objetivos del traspaso de la administración de los establecimientos de nivel primario a los municipios, fue el que de esta manera se movilizarían recursos desde las municipalidades que ayudarían a financiar las acciones de salud. Este objetivo es coherente con una estrategia más amplia, que buscaba disminuir el gasto del Estado, especialmente a nivel central. Sin embargo, se ha mantenido un aporte desde el Ministerio de Salud hacia los municipios que administran establecimientos de salud.

Uno de los aspectos en que es posible evaluar los efectos de la administración municipal, se refiere al nivel de gasto en salud por persona en las diferentes comunas que administran establecimientos de salud. Evidentemente, se trata de un análisis parcial en la medida que sólo se considera el gasto efectuado en prestaciones de nivel primario.

Antes de analizar algunos indicadores que dicen relación con el gasto en salud por comuna, revisaremos dos aspectos que permitirán comprender mejor los resultados que serán mostrados. En primer lugar, se describirá el sistema de asignación de recursos en base a la facturación de las acciones realizadas. En segundo lugar, se mostrará la evolución de la población beneficiaria del sector público.

Un segundo aspecto que es conveniente analizar se refiere a la evolución de la población beneficiaria del sistema público. Desde el inicio del proceso de traspaso, las municipalidades han administrado los establecimientos de nivel primario utilizando los recursos entregados por el gobierno central a través del Ministerio de Salud. Estos aportes representan la principal fuente de recursos destinados a financiar la operación de los establecimientos administrados por los municipios. Por tanto, y de acuerdo al convenio que firmado al momento del traspaso de establecimientos, los recursos entregados al municipio por esta vía debían ser destinados principalmente a la entrega de prestaciones a los beneficiarios del sector público. Esto no impedía al municipio la entrega de prestaciones a beneficiarios de otros sistemas previsionales, pero dichas prestaciones no deberían ser cobradas a los Servicios de Salud.

Simultáneamente, una de las reformas que ha tenido lugar dentro del sistema de salud chileno ha sido la aparición y el desarrollo de instituciones de carácter privado (ISAPRE) destinadas a administrar los recursos que las personas destinan al pago de las prestaciones de

salud que requieren. Los beneficiarios de estos sistemas de seguros privados han ido en aumento desde su creación, lo que se ha traducido en una disminución paulatina de los beneficiarios del sector público. Ello queda de manifiesto en las cifras mostradas en la tabla siguiente.

TABLA 1
Beneficiarios del sistema público por año

AÑO	BENEFICIARIOS
1987(*)	9.159.022
1988(***)	9.042.473
1989(***)	8.925.924
1990(*)	8.809.374
1991(***)	8.638.780
1992(**)	8.468.186
1993(***)	8.297.592
1994(***)	8.126.998

(*) Fuente: MIDEPLAN, 1992.

(**) Fuente: CASEN 1992. Datos obtenidos directamente en MIDEPLAN.

(***) Cifras obtenidas por intrapolación y extrapolación.

De las cifras mostradas en la tabla 1 es posible concluir que efectivamente se ha producido una disminución de aproximadamente un millón de personas en el número de beneficiarios del sistema público entre 1987 y 1994. En términos porcentuales ello significa que mientras en la encuesta CASEN de 1987 el 74,6% de la población se declaraba beneficiaria del sistema público, en 1994 esta cifra llegaría a 58%, de acuerdo a estimaciones propias.

Este fenómeno de disminución de la población beneficiaria del sistema público no ha sido similar en todas las comunas. Observando lo ocurrido en la Región Metropolitana, por ejemplo, es posible observar que, entre 1990 y 1992, en algunas comunas como Las Condes, Providencia, Santiago o San José de Maipo, las personas que se declararon beneficiarias del sistema público al momento de efectuar la encuesta CASEN, disminuyeron en porcentajes que variaron entre un 5% y un 20%. En otras comunas, en cambio, hubo un aumento de este grupo de población, como es el caso de Til Til, Conchali y San Bernardo. En el resto de las comunas se mantienen porcentajes similares entre ambas encuestas, pero con una tendencia general hacia la disminución de los beneficiarios del sistema público.

Además de estas diferencias entre comunas pertenecientes a la Región Metropolitana, es posible observar diferencias a nivel nacional entre comunas urbanas y rurales. En la tabla siguiente se muestran los porcentajes de población beneficiaria del sistema público y de

ISAPRE en comunas urbanas y rurales según la encuesta CASEN de 1992. La diferencia respecto al 100% de la población corresponde a beneficiarios de las Fuerzas Armadas y Particulares.

TABLA 2
Sistema previsional por zona urbano rural, 1992
(en porcentajes del total)

ZONA	Público	ISAPRE
URBANO	59,2	23,3
RURAL	79,4	4,5

Fuente: MIDEPLAN, encuesta CASEN 1992.

En síntesis, respecto a la evolución de la población beneficiaria del sistema público de salud, es posible concluir, en primer lugar, que en los últimos años se ha producido una disminución de ella, tanto en términos absolutos como relativos. En segundo lugar, esta disminución no se ha producido a ritmos similares en las diferentes comunas, siendo posible hoy día encontrar porcentajes variables de población beneficiaria en las distintas comunas del país. Esta diferencia se aprecia especialmente al comparar la situación de comunas urbanas y comunas rurales.

Una vez presentado lo que dice relación con los aportes ministeriales y la evolución de la población beneficiaria, se analizará el gasto en salud a nivel comunal, en base a los recursos que entrega el Estado, a través del Ministerio de Salud, y de las transferencias que hacen los municipios destinadas a financiar actividades en los establecimientos de nivel primario que administran.

Para el análisis tanto de los aportes municipales como ministeriales se utilizarán diferentes indicadores, que se describen a continuación:

1.- Total de ingresos municipales por habitante. Este indicador permite ordenar las comunas según el nivel de recursos financieros que posee el municipio para enfrentar el conjunto de tareas que le son asignadas. Se ha calculado tomando el total de ingresos por municipalidad en el período 1990 – 1993³, en valores actualizados a julio de 1994. El promedio de ingresos del período se ha dividido por el total de población según el Censo de 1992. De esta manera se obtiene un total de ingresos por persona al año.

2.- Transferencias a salud sobre el total de ingresos. Se calcula como porcentaje y representa la fracción de los ingresos totales que cada municipio destina a financiar actividades a través de los establecimientos de nivel primario que administra⁴.

³ Información obtenida de los balances municipales, según datos recibidos directamente desde la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo del Ministerio del Interior.

⁴ Id. Anterior.

3.- Transferencias por persona beneficiaria. Representa el monto de recursos que el municipio destina a salud en relación al total de población beneficiaria del sector público en cada comuna. Se han tomado las transferencias de cada municipio a salud en el período 1990 - 1993. Para calcular la población beneficiaria del sector público, se han tomado los resultados de la encuesta CASEN del año 1992⁵. Este es el único instrumento que entrega una estimación del número de beneficiarios de cada uno de los sistemas previsionales de salud por comuna. En este caso, entrega información de 138 comunas, en las que se encuentra poco más del 75% de la población del país. De estas comunas, 130 administran establecimientos de nivel primario. El análisis que se presenta aquí estará referido a este grupo de comunas.

No se presenta la situación de las 178 comunas restantes que también administran establecimientos de nivel primario, por cuanto la cifra de población beneficiaria del sector público en ellas sólo se podría obtener a partir de estimaciones con menor base de confiabilidad que los resultados entregados por la encuesta CASEN.

4.- FAPEM por persona beneficiaria. Representa el monto por persona beneficiaria del sector público que resulta de dividir el techo FAPEM de cada comuna por el total de beneficiarios del sector público. Se ha utilizado la información correspondiente al período 1989 – 1994^{6 7}, con valores actualizados a julio de 1994.

1.- En primer lugar, al calcular el ingreso total por habitante en cada municipio, se obtienen valores que van desde \$ 11.970 anuales en la comuna de Independencia a \$ 122.700 anuales en la comuna de Santiago. Es conveniente recordar que este análisis se refiere sólo a 130 comunas, que administran establecimientos de nivel primario y en las cuales la encuesta CASEN del año 1992 entrega un porcentaje de población beneficiaria. A partir del indicador de ingreso por habitante, este grupo de comunas se ha dividido en quintiles, cada uno formado por igual número de municipios. A continuación se presentan algunos datos de esta agrupación.

De acuerdo a las cifras mostradas en la Tabla 3 es posible apreciar que en las 130 comunas seleccionadas habitan poco más de nueve millones y medio de personas, lo que representa un 73% de la población del país. La población beneficiaria del sistema público en estas comunas alcanza en promedio al 57,4% de la población total. Los ingresos municipales por habitante en el quintil 5 alcanzan a casi 16.000 pesos anuales, mientras en el quintil 1 sobrepasan los 63.000 pesos anuales.

⁵ Resultados aún no publicados. Los datos fueron obtenidos directamente desde el Ministerio de Planificación

⁶ Según datos del Ministerio de Salud.

TABLA 3

Población total y beneficiaria del sistema público en comunas ordenadas por quintiles según ingresos totales por habitante.

QUINTIL	POBLACION			ING/POB
	TOTAL	BENEFICIARIA	PORCENTAJE	
5	2.611.372	1.747.017	66,9	15.930
4	2.299.932	1.370.324	59,6	20.150
3	1.621.387	965.123	59,5	23.620
2	1.603.434	823.333	51,3	28.490
1	1.607.705	687.675	42,7	63.260
TOTAL	9.743.830	5.593.472	57,4	

ING/POB = Ingresos Totales por habitante en pesos de julio de 1994. Mayores explicaciones en el texto.

Llama la atención el hecho de que a medida que aumenta el indicador de ingreso municipal por habitante, disminuye el porcentaje de población beneficiaria del sistema público de salud. Ello podría estar mostrando una tendencia en el sentido de que los beneficiarios del sector público se concentrarían en las comunas cuyos municipios tienen menores ingresos, mientras que los beneficiarios de ISAPRE se concentrarían en las comunas cuyos municipios muestran ingresos más elevados.

2.- En segundo lugar, se mostrarán los aportes ministeriales destinados a apoyar el financiamiento de los establecimientos de salud administrados por los municipios. Se presentarán los aportes vía FAPEM en valores por persona beneficiaria, agrupando las comunas en quintiles, de acuerdo a la metodología descrita en el punto anterior.

Respecto a los aportes ministeriales, es conveniente precisar que ellos han sido de tres tipos. El primero, que representa los mayores volúmenes en cuanto a recursos financieros, está representado por el llamado aporte "vía FAPEM"⁸. El segundo, se refiere a los aportes que reciben algunos municipios en el marco del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria, existente desde 1990. El tercero, y el de menor importancia, se refiere a recursos que reciben algunos municipios a través de la contratación de recursos humanos, especialmente médicos, por parte de los Servicios de Salud, los cuales son enviados a desempeñar sus labores en establecimientos administrados por las municipalidades. De estos tres tipos de aportes, nos referiremos solamente al primero, porque es el de mayor importancia, ha sido el más estable en el tiempo y porque de él se dispone mejor información.

⁸ FAPEM = Facturación por Atenciones Prestadas en Establecimientos Municipalizados

El aporte "vía FAPEM" representaba aquellos recursos que el Estado, a través del Ministerio de Salud, destinaba al financiamiento de los establecimientos traspasados en administración a los municipios. Desde que se inició el traspaso de establecimientos a la administración municipal, los recursos eran entregados contra facturación por actividades, es decir, cada municipio solicitaba mensualmente al Servicio de Salud respectivo que se le cancelara un determinado monto en función del total de actividades realizadas en los establecimientos de nivel primario que estaban bajo su administración. Inicialmente el sistema operó sin límites a la facturación, pero después de un tiempo se fijaron montos máximos a la facturación, que se han denominado "techos FAPEM". Cada comuna tenía un "techo", el cual se fijó inicialmente en base a criterios desconocidos, aunque de acuerdo a afirmaciones de algunas autoridades de esa época, podría ser que el criterio utilizado haya sido el de considerar los montos que cada municipio había facturado en el período previo al de la fijación de los techos por primera vez.

Una vez que se establecía el techo por comuna, cada municipio efectuaba la facturación en base a las actividades que hubiera realizado en el período correspondiente. Si facturaba sobre el techo, se le cancelaba el monto equivalente al techo mensual. Si por el contrario, la facturación estaba por debajo de dicho monto, se le pagaba el monto facturado, quedando a criterio del Director del Servicio de Salud respectivo la decisión de entregar la diferencia, o bien, dejar que esta se acumulara, generando los llamados "saldos de facturación". Estos debían entregarse al final de cada año entre los municipios del respectivo Servicio de Salud, según decidieran las autoridades locales.

El sistema de asignación de recursos en base a la facturación de las actividades realizadas tiene la ventaja de que permite orientar el comportamiento de los prestadores, ya que la incorporación de una determinada actividad en el listado de prestaciones a pagar, así como el precio que se asigne por la misma, significa una señal clara que incentiva o desincentiva la realización de esta prestación.

Los inconvenientes, sin embargo, resultaron ser varios en el caso del pago que se efectuaba a los municipios. En primer lugar, como se señalaba más arriba, al inicio del proceso de municipalización, no existía límite a la facturación, lo que llevó a un gasto creciente, ya que una vez que los municipios se adaptaron al sistema comprendieron que una mayor productividad les significaba mayores recursos. Al mismo tiempo, se orientaron preferentemente hacia la ejecución de aquellas actividades que aparecían con valores más altos en el listado de prestaciones, lo que se tradujo en un desincentivo de las actividades de menor precio. Estas últimas eran especialmente las actividades de carácter preventivo, con lo que el sistema de pago adquirió un nuevo defecto, es decir, se transformó en un incentivo a las acciones curativas, en desmedro de las de prevención y fomento, lo que resulta contradictorio con todos los planteamientos acerca de la necesidad y conveniencia de privilegiar un enfoque preventivo en salud.

En un sistema de pago por facturación se produce también un incentivo a efectuar el mayor número de prestaciones posible, lo cual puede llegar a ser contradictorio con la meta de obtener resultados en materia de salud de las personas. En efecto, los buenos resultados

pueden llevar teóricamente a una disminución en la demanda, lo que se vería reflejado en el nivel de la facturación.

Además, el pago que se efectuaba a los municipios no consideraba la calidad de las prestaciones otorgadas. Ello llevó en algunos casos a un aumento en la referencia de pacientes a los establecimientos de nivel secundario. La mayor o menor capacidad resolutive de los establecimientos de nivel primario no se reflejaba en los montos a pagar.

Por otra parte, si efectivamente los techos comunales se establecieron tomando como referencia los montos que cada municipio venía facturando en el período previo, ello podría explicar la gran diversidad observada posteriormente, ya que de alguna manera, la utilización de este criterio favoreció a aquellos municipios que habían comenzado más tempranamente con la administración de establecimientos de nivel primario, y que por lo tanto, habían tenido tiempo suficiente para adaptarse al sistema. También se favoreció a aquellos municipios que contaban con una mayor infraestructura, a través de la cual podían brindar un mayor número de actividades y alcanzar mayor nivel de facturación.

Otra de las desventajas del sistema de pago por prestaciones es que se reduce el espacio a la iniciativa local. En efecto, si una prestación, o conjunto de prestaciones, no está incorporada en el arancel, ella difícilmente será ejecutada, salvo si la entidad administradora decide efectuarla a través de recursos propios.

Este sistema de asignación fue objeto de constantes críticas de parte de los diferentes actores del sistema, por lo que a partir de julio de 1994 se decidió su reemplazo por un sistema de asignación Per Cápita, el que se discutirá más adelante.

TABLA 4
Transferencias FAPEM 1989-1994 por beneficiario en comunas ordenadas por quintiles. Valores mensuales en pesos de julio 1994.

QUINTIL	1989(1)	1990(1)	1991(1)	1992(1)	1993(1)	1994(2)
5	279	274	302	350	307	351
4	400	375	440	330	329	384
3	352	341	380	368	346	378
2	313	306	325	392	342	387
1	533	505	518	419	351	397

(1) Se considera el total de transferencias anuales dividido por 12

(2) Se considera el total de transferencia entre enero y junio dividido por 6.

De acuerdo a las cifras entregadas en la tabla anterior, es posible constatar que en 1989, al inicio del período de análisis, el aporte ministerial a los municipios de menores ingresos era prácticamente la mitad en términos de transferencia por persona beneficiaria del sistema público, en comparación a los aportes que se efectuaban hacia los municipios de

mayores ingresos. Esta diferencia había disminuido en 1994, a pesar que se mantenía un mayor aporte a los municipios del quintil de mayores ingresos.

La disminución en la brecha de los aportes efectuados desde el nivel central se explica principalmente por un aumento, en términos reales, de los aportes efectuados a los municipios de menores ingresos, que alcanza a un 27% de mayores aportes en 1994 en comparación a 1989. Además, se observa una disminución, también en términos reales, de los aportes a los municipios de mayores ingresos, ubicados en el quintil 1.

Entre 1989 y 1994 se ha observado un aumento de 20%, en términos reales, de los recursos entregados vía FAPEM al conjunto de municipios que administran establecimientos de nivel primario. Si se tiene en cuenta que en el mismo período la población beneficiaria del sistema público disminuyó en cerca de 800.000 personas, se puede concluir que los aportes del nivel central han aumentado, en términos reales, en cerca de un 30% como aportes por persona beneficiaria.

3.- En tercer lugar, se mostrarán las transferencias que efectúan los municipios a salud, tanto en términos de aporte por persona beneficiaria del sistema público de salud como del porcentaje que representan dichas transferencias sobre el total de ingresos municipales. Se agruparán las comunas según la metodología ya descrita.

TABLA 5
Transferencias Municipales a salud en comunas ordenadas por quintiles. Valores en pesos de julio de 1994.

QUINTIL		1990	1991	1992	1993
5	PC	87	86	123	168
	PORC	4,2	3,8	4,8	5,5
4	PC	110	87	127	142
	PORC	4,5	3,2	4,2	3,9
3	PC	91	89	105	149
	PORC	3,4	2,9	3,0	3,8
2	PC	157	160	165	342
	PORC	3,5	3,1	3,0	5,6
1	PC	489	531	339	440
	PORC	4,2	4,0	2,4	2,7

PC = Transferencia por beneficiario del sistema público de salud.

PORC = Porcentaje que representan las transferencias sobre el total de ingresos municipales.

Las cifras incluidas en la tabla anterior permiten comprobar que existe una amplia dispersión en cuanto a los recursos que los municipios transfieren a salud, en términos de valores por persona beneficiaria. Vale la pena, en este sentido, resaltar dos situaciones extremas, como es el caso de los aportes efectuados en 1990 en los quintiles 5, el de menos recursos por habitante, y 1, el de mayores recursos por habitante. Mientras en el primero los aportes municipales fueron de 87 pesos por persona beneficiaria al mes, en el segundo alcanzaron a 489 pesos mensuales por persona, es decir, más de cinco veces superior en este segundo grupo. Sin embargo, en ambos casos, ello significó, para los municipios de los dos grupos, destinar el 4,2% de sus ingresos totales a financiar actividades de los establecimientos de nivel primario de salud que están bajo su administración.

Asimismo, se puede comparar lo que ocurre en 1993 con los mismos grupos de comunas. Los municipios agrupados en el quintil 5 destinaron en promedio 168 pesos mensuales por persona beneficiaria a salud, lo cual significó comprometer el 5,5% de sus ingresos totales. En cambio, los municipios del quintil 1 transfirieron 440 pesos mensuales por persona beneficiaria, equivalentes al 2,7% de sus ingresos totales. Es decir, los municipios de mayores ingresos transfirieron más del doble de recursos por persona beneficiaria en términos absolutos, comprometiendo una proporción de sus ingresos equivalentes a la mitad de lo que transfirieron los municipios de menores ingresos.

El resto de las cifras muestra situaciones intermedias, con una tendencia a mayores transferencias por beneficiario en los municipios 1 y 2, es decir los de mayores ingresos. En todos los casos, salvo excepciones, las transferencias a salud significan comprometer en promedio cerca del 3 al 4 por ciento de los ingresos municipales. En el caso de las comunas del quintil 5, sin embargo, se observa una tendencia a comprometer mayores proporciones de los ingresos totales, a pesar de lo cual no llegan a efectuar aportes similares a los que realizan los municipios de mayores ingresos, en términos absolutos.

4.- En cuarto lugar, se presentará finalmente un indicador de gasto por persona a nivel comunal, que resulta de sumar los aportes ministeriales más las transferencias municipales a salud. Se tomará el período 1990 - 1993, ya que existe información completa para estos años. La información se presentará en comunas agrupadas por quintiles, utilizando el mismo criterio anterior.

TABLA 6
Gasto por persona beneficiaria del sistema público en comunas agrupadas según quintiles de ingresos. 1990 - 1993. Valores mensuales en pesos de julio 1994.

QUINTIL	1990	1991	1992	1993
5	361	388	474	475
4	485	528	457	471
3	432	469	473	495
2	463	485	557	685
1	994	1.049	758	791

De acuerdo a las cifras de la tabla anterior, en 1990 existía una diferencia significativa entre las comunas agrupadas en el quintil de menores ingresos y el resto de los municipios. El gasto total por persona beneficiaria del sistema público fue casi un tercio en las comunas de ingresos menores, en comparación a las comunas de mayores ingresos. De acuerdo a lo que se ha mostrado más arriba, esta diferencia se explica tanto por un mayor aporte desde el Ministerio de Salud como de las transferencias que los municipios han efectuado para financiar actividades en los establecimientos que administran.

En 1993 esta diferencia ha disminuido significativamente, pero se mantiene un gasto más elevado en las comunas de mayores ingresos. Ello se explica fundamentalmente por la diferencia inicial, ya que tanto los aportes provenientes del Ministerio de Salud, así como las transferencias municipales han disminuido en 1993, en comparación a 1990, en el 20% de comunas de mayores ingresos.

En el resto de las comunas también se observa un aumento en el gasto por persona beneficiaria. Llama la atención el caso de las comunas ubicadas en el segundo quintil de mayores ingresos, en las cuales el aumento ha sido superior incluso al de las comunas de menores ingresos.

En síntesis, de los datos entregados en esta sección se puede concluir, en primer lugar, que no todos los municipios están en igualdad de condiciones para efectuar transferencias destinadas a financiar el gasto de los establecimientos de nivel primario que deben administrar. En segundo lugar, transferencias similares, en términos absolutos, significarían comprometer proporciones mucho mayores de los ingresos totales en los municipios de menores ingresos, que pueden llegar a ser cuatro veces más altas que en los municipios de mayores ingresos. En tercer lugar, los aportes provenientes del Ministerio de Salud, a través del FAPEM, han contribuido, al menos inicialmente, a acentuar las diferencias. Por último, como consecuencia de lo anterior, el nivel de gasto en salud, medido en gasto por persona beneficiaria del sistema público, muestra todavía grandes inequidades entre las comunas seleccionadas para este análisis. Ello, a pesar de que tanto los aportes del nivel central como de los propios municipios han crecido a una tasa mayor en las comunas de menores ingresos. Esto podría explicarse fundamentalmente por las diferencias iniciales, pero también podría estar mostrando una insuficiencia de ambos mecanismos para llegar a conseguir niveles de gasto similares en el conjunto de comunas que administran establecimientos de nivel primario de salud.

EL SISTEMA DE PAGO PER CAPITA

La asignación de recursos Per Cápita hacia los establecimientos de nivel primario constituye una de las reformas financieras dentro del marco de transformaciones que se están implementando en el sector público de salud.

Sus objetivos de corto y mediano plazo tienen que ver principalmente con la obtención de una mayor equidad en la asignación de recursos. Como objetivos de más largo

plazo, se espera que este nuevo mecanismo de asignación de recursos permita un mayor grado de flexibilidad en la gestión municipal, que se incentiven las acciones de prevención y fomento, que ayude a orientar la acción de los establecimientos hacia la obtención de resultados, más que hacia la ejecución de actividades, que contribuya a fomentar la participación de los usuarios y que ayude a introducir incentivos a la calidad en las prestaciones.

Otros logros asociados al sistema Per Cápita tienen que ver con una mejor identificación de la población beneficiaria a nivel de los establecimientos, lo cual permitirá terminar con el subsidio que significa hoy día la atención de no beneficiarios, además que le entrega a la entidad administradora una herramienta para planificar y focalizar mejor las atenciones de salud a su población.

Los aspectos centrales de la nueva modalidad de asignación de recursos son los siguientes:

1.- Se define un monto a pagar por cada beneficiario en función de una canasta básica de servicios, o Plan de Salud Familiar.

2.- Se establecen valores diferenciados para las comunas cuyos municipios son identificados como pobres y para las comunas rurales.

3.- El pago se basa en la cantidad de beneficiarios del sector público, los que se identifican mediante el proceso de inscripción.

4.- Se orienta la acción de los prestadores hacia la obtención de resultados, más que hacia la mera ejecución de actividades, lo que se refleja en los compromisos de gestión que deberán firmarse entre los Servicios de Salud y las entidades administradoras.

A continuación se describen con mayor detalle los componentes principales del modelo.

METODOLOGIA DE CALCULO DEL PER CAPITA.

1.- PLAN DE SALUD FAMILIAR.

El Plan de Salud Familiar representa una oferta de servicios hacia la población, mediante la cual se espera cubrir las necesidades más importantes en relación a prestaciones de salud. Constituye uno de los aspectos centrales en la nueva metodología de asignación de recursos por varias razones. En primer lugar, al estimar su costo, se obtienen los valores Per Cápita a pagar a las entidades administradoras de establecimientos de nivel primario. En segundo lugar, representa el mínimo de prestaciones que debiera ofrecerse a la población beneficiaria a través de la red de establecimientos de nivel primario. En tercer lugar, la metodología para estimar el costo permite deducir formulas de flexibilización y adecuación

del mismo Plan de acuerdo a las diferentes realidades demográficas y epidemiológicas a nivel local.

El criterio principal para el diseño de este Plan ha sido el identificar todas las actividades definidas como prioritarias en los programas de salud del Ministerio de Salud. Esto ha permitido incorporar en el sistema de financiamiento las prestaciones más habituales en los establecimientos de nivel primario. Se ha buscado de esta manera evitar dos distorsiones posibles al calcular el monto Per Cápita. Por una parte, si se considerara un número menor de actividades, se corre el riesgo de no financiar prestaciones habituales de los establecimientos de nivel primario. Si, por el contrario, se incorporara un número mayor de prestaciones, aumentarían las exigencias de acreditación hacia los establecimientos, muchos de los cuales no están hoy día en condiciones de aumentar su oferta de servicios.

Las actividades consideradas en el Plan de Salud Familiar son las siguientes:

PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

- 1.- CONTROL DE SALUD
- 2.-CONSULTA DEFICIT NUTRICIONAL
- 3.- CONSULTA NUTRICIONAL
- 4.- CONTROL DE LACTANCIA MATERNA
- 5.- ATENCION GRUPAL
- 6.- CONSULTA DE MORBILIDAD
- 7.- CONTROL DE CRONICOS
- 8.- CONSULTA SOCIAL
- 9.- CONSULTA POR DEFICIT DEL DESARROLLO PSICOMOTOR
- 10.- VISITA DOMICILIARIA
- 11.- VACUNACION
- 12.- CONSULTA DE SALUD MENTAL INFANTIL
- 13.- ACTIVIDADES DEL PNAC

PROGRAMA MATERNO PERINATAL

- 1.- CONTROL PRENATAL
- 2.- CONTROL DEL PUERPERIO
- 3.- PATERNIDAD RESPONSABLE
- 4.- CONTROL GINECOLOGICO
- 5.- EDUCACION GRUPAL
- 6.- CONSULTA OBSTETRICA
- 7.- CONSULTA GINECOLOGICA
- 8.- VISITA DOMICILIARIA
- 9.- CONSULTA NUTRICIONAL
- 10.- CONSULTA SOCIAL
- 11.- CONSULTA DE SALUD MENTAL.
- 12.- ACTIVIDADES DEL PNAC.

PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO.

- 1.- CONSULTA DE MORBILIDAD
- 2.- CONTROL DE CRONICOS
HIPERTENSION ARTERIAL.
DIABETES MELLITUS.
EPILEPSIA.
- 3.- CONSULTA NUTRICIONAL
- 4.- CONTROL DE SALUD EN POBLACION SENESCENTE
- 5.- CONTROL DE SALUD EN POBLACION ADULTA SANA.
- 6.- CONSULTA SOCIAL
- 7.- VISITA DOMICILIARIA
- 8.- DIAGNOSTICO Y CONTROL DE TBC.
- 9.- VACUNACION INFLUENZA
- 10.- EDUCACION GRUPAL
- 11.- CONSULTA DE SALUD MENTAL

PROGRAMA ODONTOLOGICO

- 1.- EXAMEN DE SALUD
- 2.- URGENCIAS
- 3.- EXODONCIAS
- 4.- DESTARTRAJE
- 5.- OBTURACIONES
- 6.- SELLANTES
- 7.- PULPOTOMIAS
- 8.- FLUORACION TOPICA
- 9.- ORTODONCIA INTERCEPTIVA

PROGRAMA DE SALUD DEL AMBIENTE

- 1.- EDUCACION DE GRUPOS.

Una vez definido este conjunto de actividades o prestaciones, se ha considerado que el costo final estará asociado al volumen de actividades a realizar. Por lo tanto se ha buscado definir el volumen de cada actividad en un período de tiempo anual, para una población conocida. Esta definición se ha alcanzado estableciendo para cada actividad los parámetros que condicionan la magnitud en que será demandada por la población. Estos parámetros son:

- la prevalencia (cuando se trata de una actividad ligada a un problema de salud en particular)

-la cobertura (porcentaje de la población que satisface su demanda en torno a cada actividad) y

-la concentración (número de veces que una actividad es ejecutada en beneficio de cada persona que lo requiere en el transcurso de un año).

Con toda esta información es posible definir cuantas veces deberá ejecutarse una actividad determinada en el transcurso de un año para una población definida.

Respecto a la población, se ha trabajado sobre la base de un tamaño poblacional de 10.000 personas. Al interior de esta población se definen grupos por edad y sexo de acuerdo a la estructura de la población chilena. Además se necesita conocer la población menor de seis años, con sus tramos correspondientes, para dimensionar las actividades del programa infantil. En este caso, el cálculo de este grupo etéreo se ha hecho según la metodología propuesta por el Ministerio de Salud, la que estima el número de nacimientos en base a la Tasa Bruta de Natalidad

En la tabla 7 se muestra un resumen del total de actividades estimadas de acuerdo a la metodología descrita en un período anual, con una cifra de actividades por persona. Además, se detallan las actividades por programa y por persona beneficiaria de cada uno de ellos. En el caso del programa odontológico, no se cumple con esta etapa, por cuanto en dicho programa se estimó una dotación directamente, de acuerdo a lo observado, sin considerar una oferta de actividades.

TABLA 7

PROGRAMA	ACTIVIDADES	
	TOTALES	POR PERSONA
INFANTIL	18.361	5.36
DE LA MUJER	6.854	2.59
DEL ADULTO	13.879	1.99
TOTAL	39.094	3.90

Las cifras mostradas en la tabla 7 sirven sólo de referencia para las adecuaciones que se haga del Plan de Salud Familiar a nivel local. Ellas no representan una norma a cumplir en todas las comunas, ya que la programación a nivel local, considerando las variaciones en la estructura demográfica, los diferentes perfiles epidemiológicos y sociales, la priorización de problemas de salud en base al diagnóstico local, así como la focalización en grupos y/o problemas específicos, puede dar lugar a resultados diferentes.

En éste punto, es posible optar por dos vías alternativas para llegar a definir un costo por persona del conjunto de actividades ya definido. En primer lugar, se puede avanzar estimando la dotación de recursos humanos necesarios para la entrega de las actividades contenidas en el Plan de Salud Familiar, la que luego es valorizada. A continuación se agregan los otros costos necesarios para la operación de los establecimientos y la entrega de

las prestaciones (gastos administrativos, gastos de farmacia y operación). La segunda opción es asignar a cada prestación un valor, multiplicarlo por el total de actividades estimadas al año y luego dividir por la población utilizada para la estimación.

En definitiva se optó por la primera vía, fundamentalmente por dos razones. En primer lugar, resulta importante obtener una estimación de dotación necesaria para la entrega de las actividades contenidas en el Plan de Salud Familiar, ya que ello sirve como orientación a los administradores. En segundo lugar, si el valor de las prestaciones no está calculado de manera adecuada, el valor del Per Cápita incorporaría esta distorsión.

Por tanto, una vez definido el volumen de cada actividad, se ha asociado su cumplimiento a los diferentes instrumentos que las ejecutan. La proporción en que cada instrumento participa en la ejecución de cada actividad se define a partir de las normas programáticas. Así, se llega a establecer cuantas actividades realizará cada instrumento en el transcurso de un año.

En general, se ha buscado definir tanto los volúmenes de actividades como los instrumentos que las ejecutarán de acuerdo a información epidemiológica o demográfica y de acuerdo a los requerimientos programáticos. Sólo cuando ambas fuentes son insuficientes se han utilizado los datos observados en cuanto a la realización de actividades.

El paso siguiente ha sido calcular el número de horas diarias necesarias por cada instrumento para ejecutar cada una de las actividades en que participa. Para ello, se ha calculado en primer lugar el número de actividades por día, dividiendo el total anual de cada actividad por 240, que corresponde al número de días efectivamente trabajados en un año. Luego se ha tomado en cuenta el rendimiento, de acuerdo a las normas del Ministerio de Salud. La razón entre actividades diarias y rendimiento, entrega como resultado el número de horas diarias necesarias por instrumento para cumplir una determinada actividad. Se ha optado por la fórmula de horas/día porque ello permite establecer las jornadas de trabajo necesarias por instrumento para volúmenes de población definidos.

En resumen, el resultado de este ejercicio es la obtención de una dotación estimada para atender las necesidades de salud de una población con las características mencionadas. Además, para cada recurso humano se obtiene un valor de rendimiento promedio. Ambos resultados se muestran en la tabla 8, separados por programa.

Al igual que las cifras entregadas en la tabla 7, los valores de dotación estimada y de rendimientos promedios, sólo deben considerarse como referencia. La programación a nivel local debe considerar adecuaciones que influyen en estos parámetros, por lo que no deben ser utilizados con criterio normativo. Es importante recalcar, además, que estas cifras de dotación se refieren solamente a las horas necesarias para la entrega de las actividades contempladas en el Plan de Salud Familiar. No incluyen por lo tanto, las horas necesarias para la ejecución de actividades no asistenciales, tales como las labores administrativas u otras. Como se verá a continuación, el gasto que significa pagar estas horas se ha incorporado con posterioridad en el cálculo.

TABLA 8

RECURSO	PROGRAMA							
	INFANTIL		DE LA MUJER		DEL ADULTO		PROMEDIO	
	DOTACION	RENDIM.	DOTACION	RENDIM.	DOTACION	RENDIM.	DOTACION	RENDIM.
MEDICO	6,88	3,08	0,72	4,00	4,81	4,84	12,41	3,82
ENFERMERA	7,77	3,37	0,03	2,00	3,81	3,32	11,61	3,35
MATRONA	0,20	2,02	7,00	3,15			7,20	3,12
A. SOCIAL	1,38	3,47	1,57	1,90	3,76	2,71	6,71	2,68
NUTRICION.	0,30	3,83	0,15	4,00	2,03	3,67	2,48	3,71
A. PARAM.	7,57	3,01	1,08	(*)	1,26	3,38	9,90	2,72

Dotación: horas diarias estimadas por recurso y por programa para una población de 10.000 personas

Rendim. : actividades promedio por hora

(*) : no se establece rendimiento porque se trata de actividades relacionadas con el PNAC.

El paso siguiente, una vez estimadas las dotaciones necesarias, ha sido valorizar dichas dotaciones. Para ello, se ha tomado como referencia las normas contenidas en el Estatuto de Atención Primaria, de tal manera de buscar una concordancia entre el sistema de asignación Per Cápita y las obligaciones legales emanadas de dicho Estatuto. Dado que este aun no ha sido aplicado, se efectuó una simulación mediante la cual todos los trabajadores fueron clasificados según las normas contempladas en el Estatuto de Atención Primaria. Ello permitió obtener valores salariales representativos para cada categoría, superiores a los mínimos establecidos en la ley.

Estos salarios se aplicaron a las dotaciones estimadas, con lo cual se obtiene un valor, el que representa el costo asistencial, es decir, lo que debiera gastarse en remuneraciones del personal directamente involucrado en la entrega de las prestaciones contenidas en el Plan de Salud Familiar.

A continuación, se agregaron otros valores destinados a pagar remuneraciones del personal que efectúa labores administrativas a nivel del consultorio, gasto en personal que efectúa labores administrativas a nivel municipal, gasto en farmacia y gastos de operación. En estos casos, los gastos se estimaron como porcentajes, de acuerdo a la estructura de gasto efectiva, según un estudio realizado por el proyecto MINSAL-Banco Mundial y que son los siguientes:

- i. Administración del establecimiento. Representa un 36,2% del total de remuneraciones asistenciales.
- ii. Administración a nivel municipal. Es un 7,8% sobre el total de remuneraciones asistenciales más remuneraciones por administración del establecimiento.

- iii. Farmacia. Es un 17,43% sobre el total de remuneraciones asistenciales, más remuneraciones por administración del establecimiento, más remuneraciones por administración municipal.
- iv. Operación. Es un 22,90% sobre el total de remuneraciones asistenciales, más remuneraciones por administración del establecimiento, más remuneraciones por administración municipal.

Finalmente, el Per Cápita se obtiene sumando los costos en remuneración de personal asistencial, más los costos no asistenciales.

II.5. Determinación de valores Per Cápita indexados.

Una vez calculado el Per Cápita basal, se ha procedido a calcular valores Per Cápita indexados, con el fin de obtener valores que permitan diferenciar entre:

- comunas urbanas y comunas rurales
- comunas pobres y comunas no pobres

Para obtener los nuevos valores se han modificado tres parámetros en la formula de calculo:

- El porcentaje de gastos de operación. En el caso de las comunas rurales se ha aumentado el porcentaje de costos de operación a 32,32%. Este porcentaje se obtuvo del estudio realizado en el marco del proyecto MINSAL-Banco Mundial.

- Se ha incorporado una indexación de 30% sobre los salarios, equivalente a la Asignación por Desempeño en zonas Difíciles establecida en el EAPM. Se han mantenido constantes los valores de costos de farmacia y costos de operación.

La combinación de ambos procesos de indexación anteriores permite obtener cuatro valores per cápita.

De acuerdo a la metodología utilizada es posible deducir una estructura del costo de los valores Per Cápita, la que se muestra en la tabla siguiente. Esta estructura representaría la situación de los valores a pagar en las comunas urbanas. En las comunas rurales, el porcentaje de los gastos de operación dentro de los valores finales es levemente más alto, ya que se ha asumido que en estas comunas, este ítem tiene un mayor peso absoluto y relativo dentro del gasto.

TABLA 9**Valores Per Cápita. Estructura interna en valores porcentuales, por programa y por ítem.**

PROGRAMA	REM. ASIST.	AD. EAP.	ADM. MUN.	FARMACIA	C. OPER.	TOTAL
INFANTIL	17,04	6,17	1,82	4,36	5,73	35,13
DE LA MUJER	7,50	2,71	0,80	1,92	2,52	15,45
DEL ADULTO	12,72	4,61	1,36	3,26	4,28	26,23
ODONTOLOGICO	11,16	4,04	1,19	2,86	3,75	23,00
DEL AMBIENTE	0,10	0,03	0,01	0,02	0,03	0,20
TOTAL	48,5	17,6	5,2	12,4	16,3	1,00

REM. ASIST. = Gasto estimado en remuneraciones asistenciales

AD. EAP. = Gasto estimado en remuneraciones para labores administrativas de los establecimientos

AM. MUN. = Gasto estimado en remuneraciones administrativas a nivel municipal

FARMACIA = Gasto estimado en farmacia

C. OPER. = Gasto estimado en operaciones.

INSCRIPCION DE LA POBLACION BENEFICIARIA.

Uno de los aspectos centrales del nuevo sistema de asignación de recursos consiste en la definición lo más exacta posible del número de beneficiarios que estarían siendo atendidos por uno o más establecimientos administrados por un municipio. Para cumplir con éste objetivo, se ha puesto en marcha un proceso de inscripción de la población beneficiaria en los establecimientos de nivel primario, cuyos rasgos centrales se presentan a continuación.

La inscripción es una decisión libre y voluntaria de los beneficiarios del sector público de salud, quienes podrán elegir el establecimiento de nivel primario en el cual desean atenderse.

La inscripción está dirigida a todos los beneficiarios del sector público de salud. En el caso de la población activa, quienes sean cotizantes decidirán por la inscripción de quienes aparezcan como cargas familiares. En el caso de la población pasiva, la adscripción de un grupo familiar será decidida por quien aparezca como jefe de hogar. En cualquier caso, las personas adultas deciden por la adscripción de los menores de edad. La condición de beneficiario del sector público se establece de acuerdo a la normativa ministerial vigente acerca de calificación de indigencia.

En el caso de aquellas familias formadas por personas beneficiarias de distintos sistemas previsionales, la entidad administradora del establecimiento podrá considerar la inscripción de todo el grupo familiar. El sistema de información se encargará de diferenciar a los beneficiarios del sector público para efectos del pago.

La solicitud de adscripción de una persona o un grupo de personas no podrá ser rechazada por el establecimiento en el cual se solicita, salvo si este ha completado el máximo de población inscrita fijado por el Servicio de Salud.

La inscripción será efectuada en establecimientos acreditados para la entrega de las actividades contenidas en la Canasta Básica de Prestaciones. La acreditación será una tarea de los Servicios de Salud, quienes deberán:

- a) Definir los establecimientos que podrán captar población beneficiaria.
- b) Fijar un máximo de población a adscribir para cada establecimiento, principalmente en función de los recursos físicos y de infraestructura que posea el establecimiento.
- c) Definir un límite territorial para que cada establecimiento tenga la posibilidad de rechazar la inscripción de personas cuyos domicilios se encuentren alejados. Esta medida tiene como finalidad evitar los inconvenientes que en tal caso podrían producirse, especialmente al tener que efectuar ciertas labores de prevención visitando el domicilio de las personas.

En cualquier caso, los establecimientos susceptibles de inscribir población beneficiaria serán los Consultorios Generales Urbanos y los Consultorios Generales Rurales, ya sea que estén siendo administrados por algún municipio o por algún Servicio de Salud.

Las Postas de Salud Rural podrán también inscribir población de su área de influencia. Sin embargo, dado que estos establecimientos no están en condiciones de entregar por sí solos la totalidad de actividades contempladas en la Canasta Básica de Prestaciones, se entenderá que la población inscrita en ellas lo está también al establecimiento encargado de efectuar las rondas a dichos establecimientos. En el caso de que las rondas sean efectuadas por un equipo de profesionales del municipio, se entenderá que la Posta de Salud Rural es el único establecimiento en el cual se halla inscrita la población.

Una vez que una persona se ha inscrito en un establecimiento, esta decisión se considera indefinida. La anulación de la inscripción estará basada en los siguientes criterios:

- Porque la persona se inscriba en otro establecimiento.
- Por el fallecimiento de la persona.
- Porque la persona pierda su condición de beneficiario.

Con el fin de respaldar la información de la población inscrita y de facilitar su análisis oportuno, se ha diseñado un sistema de información con soporte computacional, el cual comprende:

- El sistema de registro
- El archivo de información
- La elaboración de listados
- La revisión de los listados

a) El sistema de registro

El registro de población inscrita se hará por medio de un formulario diseñado especialmente para tales efectos. La información mínima a registrar por cada persona inscrita será la siguiente:

- Nombres y apellidos
- RUT
- Fecha de inscripción
- Establecimiento al cual se adscribe.

Aparte de los datos señalados, el formulario diseñado incorpora otros datos que pueden ser útiles para la gestión a nivel local. En éste sentido, se ha definido que la captura y utilización de tales datos queda a la decisión de cada municipio.

b) Archivo de información.

Los establecimientos serán los responsables de almacenar los formularios con los datos de su población inscrita, junto a la documentación que demuestre la calidad de beneficiarios de quienes forman la misma.

Junto a los formularios, los establecimientos administrarán un archivo computacional con los datos de su población adscrita. Esto no será obligatorio para las Postas de Salud Rural, las que podrán mantener sólo un archivo manual con los formularios respectivos.

c) La elaboración de listados.

Periódicamente, los establecimientos elaborarán un listado de su población inscrita, con los datos mínimos antes señalados. Este listado será enviado en soporte computacional al Municipio.

El Municipio efectuará un consolidado de los listados que le sean enviados por los establecimientos de su dependencia. Posteriormente deberá enviar un listado consolidado con toda la población inscrita en los establecimientos de su dependencia al Servicio de Salud respectivo. Estos listados serán enviados en soporte computacional y deberán contener, para cada persona, el mínimo de información antes señalada.

d) La revisión de los listados.

Cada Servicio de Salud efectuará periódicamente un análisis de los listados que le sean enviados por los municipios de su territorio. El objetivo de este análisis será determinar la existencia de adscripciones no vigentes, las que podrán deberse a:

i) Fallecimiento. El Servicio de Salud contará con un archivo mensual de los fallecimientos de personas ocurridos durante el período anterior. Una vez detectado el establecimiento al cual estaba inscrita la persona fallecida, procederá a borrarla del listado respectivo.

ii) Inscripción en otro establecimiento. En el caso de que una misma persona aparezca inscrita en dos o más establecimientos, el Servicio de Salud procederá a borrarla de los listados en el o los establecimientos en que la fecha de inscripción sea más antigua.

iii) Personas inscritas beneficiarias de otros sistemas previsionales. Los Servicios de Salud recibirán periódicamente un archivo computacional con los datos de personas afiliadas a otros sistemas previsionales. En caso de detectar su inscripción en algún establecimiento del sector público, procederá a borrarlas del listado de dicho establecimiento.

Las modificaciones a los listados que se produzcan por las razones recién expuestas, serán comunicadas a la entidad administradora (el Municipio) y a los establecimientos respectivos.

Una vez finalizado el análisis anterior, el Servicio de Salud ordenará la transferencia de recursos a la entidad administradora en función del total de población inscrita.

Aparte de los análisis que efectúe cada Servicio de Salud, el nivel central efectuará un cruce de datos al menos una vez al año, con el fin de detectar dobles inscripciones. En el caso que ello ocurra, operará un sistema de eliminación de los listados similar al descrito para el caso de los Servicios de Salud. Estas modificaciones serán comunicadas tanto a los Servicios de Salud como a las entidades administradoras.

LOS COMPROMISOS DE GESTION.

El tercer componente central en el nuevo sistema de asignación de recursos está dado por los compromisos de gestión. Se trata de acuerdos periódicos que deberán ser suscritos entre los Servicios de Salud y los municipios respectivos.

La importancia de estos instrumentos deriva del hecho de que al establecer un pago por persona se genera un incentivo a disminuir las atenciones a la población. Por otra parte, el comportamiento de los prestadores podría llegar a ser muy variable, y no necesariamente coincidente con las necesidades de salud de la población. Además, estos compromisos tienen como finalidad adecuar las definiciones de política nacional a la realidad local.

Al momento de definir el contenido de los compromisos de gestión, debiera tenerse en mente la posibilidad de flexibilizar la gestión a nivel local al menos en tres niveles distintos. En primer lugar, cada entidad de nivel local puede definir un orden de prioridad diferente a los problemas de salud detectados en un ejercicio de diagnóstico epidemiológico. Ello puede basarse en las diferentes magnitudes que un mismo problema puede presentar en comunidades distintas, ya sea por diferenciales en los factores de riesgo o en la estructura demográfica de las poblaciones.

En segundo lugar, para enfrentar un problema similar, cada entidad local puede seleccionar distintas estrategias programáticas, lo que puede llevar al diseño y puesta en práctica de actividades diferentes.

Por último, es necesario que exista flexibilidad en la gestión de un mismo programa. Los parámetros internos que dicen relación con la concentración, rendimiento o recurso humano que efectúa una determinada actividad, debieran ser susceptibles de revisión y adecuación a la realidad local, con el fin de optimizar el uso de los recursos disponibles.

En definitiva, lo que se espera es que se produzca un proceso de negociación periódico entre cada Servicio de Salud y los municipios respectivos. El énfasis de éste proceso debiera estar puesto en los resultados o metas esperados y en algunos parámetros referidos a la calidad de las prestaciones. En todo caso, deberán evitarse los compromisos demasiado extensos, que abarquen múltiples aspectos al mismo tiempo, ya que ello dificultará la evaluación de los mismos.

A mediano plazo, se espera incorporar en el sistema de asignación de recursos un factor de incentivos al cumplimiento de los compromisos suscritos. Este factor debiera operar en forma prospectiva y sobre la base de evaluaciones acordadas previamente, para asegurar transparencia en el sistema y no perder el efecto positivo que puede tener un sistema de incentivos al logro de resultados.

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE PAGO PER CAPITA

El sistema de pago Per Cápita comenzó a operar oficialmente en julio de 1994. Ello no significó un cambio inmediato de las condiciones anteriores, ya que por la complejidad del cambio y por la cantidad de elementos involucrados en el mismo, se ha definido un proceso de cambio progresivo en que los diferentes componentes del modelo se van incorporando gradualmente.

La partida del sistema significó una redefinición de las transferencias a los municipios que administran establecimientos de nivel primario. Para cada comuna, se calculó un monto de acuerdo a la metodología siguiente:

1.- A cada comuna se le asignó el monto Per Cápita que le corresponde según su condición de urbana o rural y su clasificación como pobre o no pobre, de acuerdo a la metodología que se detalla a continuación.

- Condición urbano rural: aquellas comunas con menos del 30% de población rural se han clasificado como urbanas. Las comunas con más de 30% de población en condiciones de ruralidad se han clasificado como rurales.

Las cifras de población urbana y rural se obtuvieron de los resultados del Censo de 1992. Se efectuó una corrección para aquellas comunas que son urbanas, pero en las cuales la Municipalidad sólo administra establecimientos rurales. Esta corrección significa considerar como rurales a 18 comunas urbanas, con población beneficiaria de 96.546 personas.

- Condición de comuna pobre - no pobre. Se ha dividido la población beneficiaria del sector en quintiles, de acuerdo al nivel de pobreza o de riqueza de los municipios en los que

vive la población. El nivel de pobreza o de riqueza municipal se ha establecido de acuerdo a la metodología siguiente:

Para cada comuna se obtuvieron datos de los ingresos municipales en los años 1990, 1991 y 1992. Se utilizaron dos datos:

- Porcentaje de ingresos provenientes del Fondo Comun Municipal (FCM) en relación al Total de Ingresos Municipales (TOTING).
- Ingresos Propios Permanentes Municipales (IPPM).

Todos los datos se obtuvieron de la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo.

Con estos datos se construyeron para cada comuna dos variables:

a) Porcentaje no dependiente del Fondo Comun Municipal. La formula utilizada en este caso es:

$$100 - (\text{FCM}/\text{TOTING})$$

b) Ingresos Propios Permanentes Municipales por habitante. La formula utilizada en este caso es:

$$(\text{IPPM}/\text{POBLACION})$$

Para cada variable se construyó un Índice de Privación, examinando, en primer lugar, los resultados obtenidos en el conjunto de municipios para identificar los valores mínimos y máximos observados en cada año. Luego se toma la distancia que separa a cada comuna del valor calculado para ella hasta el valor máximo. La formula utilizada para calcular el Índice de Privación es la siguiente:

$$\text{PRIVACION (i)} = (\text{Ind i máx} - \text{Ind comuna}) / (\text{Ind i máx} - \text{Ind i min})$$

El Índice de Privación, por tanto, varía entre 0 y 1, siendo 0 el valor correspondiente a las comunas de menor pobreza municipal y 1 el valor correspondiente a las comunas de mayor pobreza municipal.

Para cada comuna se obtienen por tanto dos Indices de Privación por cada año. Estos valores se promedian y se obtiene un valor final por comuna (IPP). A continuación se establece un listado de las comunas ordenadas segun el Índice de Privación Promedio obtenido.

Para diferenciar las comunas pobres de las comunas no pobres se estableció un limite en el listado ordenado de comunas, de tal manera que las comunas pobres son aquellas en las cuales vive el 25% de la población beneficiaria del sector publico.

En estas comunas se encuentra el 25,6% de la dotación de establecimientos municipalizados, según una encuesta efectuada los primeros meses de 1994 por el Ministerio de Salud.

Cabe señalar, que, en el caso de 35 comunas que se caracterizan por tener una población beneficiaria inferior a 2.500 personas, se ha optado por proponer un pago en base a costos fijos, por cuanto debido a que su población es muy pequeña, la aplicación del modelo Per Cápita conlleva una disminución muy significativa de sus recursos. Estas comunas no fueron consideradas en la determinación de los municipios pobres y no pobres.

2.- En cada comuna se estimó la población potencialmente beneficiaria. Para ello se solicitó a cada Servicio de Salud en el mes de abril de 1994 un listado de los establecimientos que efectúan acciones de nivel primario, tanto municipalizados como dependientes de los Servicios de Salud, con la población asignada a cada uno de los establecimientos.

En cada comuna se estimó un porcentaje de población beneficiaria a partir de los resultados de la encuesta CASEN de 1992. Esta encuesta entrega un porcentaje de población beneficiaria del sector público en 138 comunas que agrupan al 77% de la población del país.

En las comunas restantes se estimó un porcentaje de población beneficiaria considerando los porcentajes observados en la encuesta CASEN de 1992 para comunas de características similares. En las comunas más pequeñas y de alta ruralidad se estimó una población beneficiaria de 100%.

Finalmente, en aquellas comunas en que existen tanto establecimientos municipalizados como dependientes de los Servicios de Salud, se estimó para cada uno una proporción de población a partir de la información entregada por los Servicios de Salud.

3.- Al multiplicar el Per Cápita comunal por la Población Beneficiaria se obtiene el monto mensual a transferir a la entidad administradora para la entrega del Plan de Salud Familiar. Este monto es el que se ha utilizado durante la fase de transición, es decir hasta que se complete la inscripción de población beneficiaria en los establecimientos.

A nivel nacional, lo anterior ha significado aumentar los montos transferidos a los municipios en un 17%. Este aumento se ha concentrado especialmente en los municipios más pobres, lo cual era uno de los objetivos del cambio. Para mostrar lo anterior, en la tabla siguiente se presentan los nuevos valores de las transferencias en el mes de julio de 1994, en las comunas ordenadas por quintiles según la metodología descrita anteriormente en éste trabajo. Se muestra además la variación porcentual en relación a los techos FAPEM que tenían las municipalidades en el mes de junio y en relación a la suma de los mismos techos más los aportes que recibían por algunos componentes del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria que fueron incorporados en la asignación Per Cápita, por tratarse de actividades consideradas en el Plan de Salud Familiar.

TABLA 10.
TRANSFERENCIAS PER CAPITA EN COOMUNAS ORDENADAS POR
QUINTILES Y VARIACION RESPECTO A ASIGNACIONES DEL MES
ANTERIOR. VALORES DE JULIO DE 1994 EN PESOS POR MES.

QUINTILES	PER CAPITA	VARIACION (en %)	
		TECHO	TECHO MAS REF.
5	524,04	+ 49	+ 19,2
4	498,08	+ 29,6	+ 11,6
3	492,24	+ 30,1	+ 6,1
2	525,43	+ 35,8	+ 7,8
1	516,45	+ 30,1	+ 6,0

De acuerdo a una definición previa, la puesta en marcha del sistema no podía significar una disminución en los aportes a ningún municipio. Por lo tanto, en el caso de las comunas que estaban recibiendo aportes mayores a los que les corresponderían según la metodología Per Cápita, se ha mantenido la transferencia en los mismos valores de la etapa previa. Estas comunas se concentran especialmente entre aquellas de mayores ingresos, lo que explica que no se observe un efecto redistributivo mayor con la puesta en marcha del sistema Per Cápita.

Una vez definidos los valores de las transferencias en cada municipio, se ha procedido a firmar convenios entre los Servicios de Salud y los municipios, en los que se establece el nuevo sistema de pago. Hasta la fecha, se ha completado la firma de cerca del 90% de los nuevos convenios y se proyecta terminar con este proceso en el mes próximo.

COMENTARIOS Y DISCUSION

El cambio en el mecanismo de asignación de recursos financieros a los establecimientos de nivel primario era una decisión largamente esperada por todos quienes hemos trabajado en el ámbito de la Atención Primaria. El mecanismo de asignación vía FAPEM adolecía de un conjunto de defectos, de manera tal que finalmente no había prácticamente quienes defendieran esta modalidad de pago a los municipios que administran establecimientos de nivel primario.

Si bien el sistema de pago per capita no está directamente relacionado con las actividades o prestaciones que se efectúen, resulta evidente que el cuidado de la salud de las personas se realiza a través de diversas acciones. Por lo tanto, el primer paso ha sido definir cual es el nivel de prestaciones que se quiere asegurar a la población, entendiendo que a través de ellas se asegura un adecuado cuidado de la salud de las personas.

Al definir el conjunto de prestaciones mínimas a efectuar, como primer paso metodológico, se asume que el costo que pueda derivar de esta definición será aceptado. Es decir, no se efectúa un ajuste en el nivel de prestaciones según los recursos disponibles, sino que por el contrario, se propone que dichos recursos se ajusten al nivel de prestaciones que se quiere asegurar.

Lo anterior permite establecer con claridad cual es el compromiso que el Estado asume frente a la población beneficiaria del sector publico, en el sentido de poder mostrar un conjunto de acciones o prestaciones a las cuales las personas tienen derecho, si es que las necesitan, con el fin de asegurar el cuidado de su salud.

Otro aspecto que resulta relevante en la nueva modalidad de asignación de recursos, lo constituye el hecho de que ya no se entregarán los recursos en función de las actividades realizadas. Esto puede constituir un desincentivo a la ejecución de acciones, por lo que es muy posible esperar una baja en el numero de prestaciones que se efectúan en los establecimientos del nivel primario. De hecho, en los últimos años venía operando un sistema similar, por cuanto los Directores de Servicios entregaban el total de los montos asignados según los techos, aunque la facturación fuera menor. De lo contrario los municipios habrían experimentado serias dificultades en la obtención de recursos.

De esta manera, se venía observando una disminución en las prestaciones entregadas por los establecimientos municipalizados, las que habían llegado a niveles inferiores a las estimadas para el cálculo del Per Cápita. En efecto, si se compara el volumen de actividades considerado para el calculo del Per Cápita con el que venían entregando efectivamente los establecimientos municipales, se puede constatar que éste es menor en alrededor de un 10 a 15%. Las cifras correspondientes a los años 1992 a 1994 se muestran en la tabla siguiente.

TABLA 11

AÑO	POBLACION BENEFICIARIA	PRESTACIONES	
		TOTALES	POR PERSONA
1992	6.774.548	24.431.801	3.6
1993	6.638.073	22.339.533	3.4
1994	6.501.598	22.900.376	3.5
P.S.F.			3.9

Si bien es cierto que la productividad o rendimiento constituye un parámetro al cual frecuentemente se recurre para evaluar la gestión del sector, esta eventual baja de la productividad no debiera ser motivo de preocupación, si se mantienen los indicadores de resultado. En efecto, para las entidades administradoras de los establecimientos el incentivo en el nuevo modelo de asignación es la mantención de la población a cargo con un nivel de salud adecuado. De esta manera, la demanda por prestaciones será menor, lo que permitirá un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. Por el contrario, si la población a cargo muestra un nivel de salud deficiente, la demanda será mayor, con lo que los recursos pueden hacerse insuficientes.

Ello significa un cambio sustancial en la modalidad con que venía operando el sector, al menos en dos aspectos.

En primer lugar, las metas a establecer en los procesos de programación, y que se incorporarán posteriormente en los compromisos de gestión, debieran centrarse en los

resultados que se quiere obtener y no en la cantidad de prestaciones a entregar. Sin embargo, para llegar a definir estos resultados esperados, se requiere de algunas condiciones que posiblemente no estén bien desarrolladas. La primera de ellas es que las instancias locales, es decir los Servicios de Salud y los municipios, sean capaces de definir en conjunto cuales son los resultados esperados, a partir de la realidad local. Lamentablemente, la experiencia indica que la mayor parte de los municipios no está en condiciones ni de efectuar un adecuado diagnóstico de las necesidades de salud de la población ni de precisar cuales son los resultados que se quiere obtener en materia de salud.

La segunda condición, consiste en precisar cuales son los resultados que dependen principalmente de la acción que realizan los establecimientos del nivel primario. Es sabido que muchos resultados en salud dependen de la acción coordinada de los diferentes actores que forman parte del sistema de atención. Además, son varios los aspectos que dicen relación con la salud de la población, pero cuya modificación depende de acciones intersectoriales. Este aspecto constituye una dificultad, pero al mismo tiempo puede ser un gran desafío, ya que significa trasladar la preocupación de la gestión en salud desde el ámbito estrictamente asistencial a un ámbito mucho más amplio, de carácter intersectorial, con énfasis en la prevención y fomento.

Una tercera condición para orientar la gestión del sector hacia los resultados más que hacia el volumen de actividades es que se cuente con indicadores confiables que permitan evaluar hasta que punto los resultados esperados se han obtenido o no. Si bien la cantidad de información a nivel local es enorme, la mayor parte de ella no es utilizada habitualmente. No se trata, creemos, de generar nuevos y más difíciles sistemas de información. Es posible, al menos inicialmente, avanzar con una adecuada utilización de la información disponible, la cual debiera ser procesada a nivel local, de acuerdo a los objetivos que se planteen.

El segundo aspecto en el cual debiera producirse un cambio significativo, y que está muy ligado al anterior, está representado por la tradición del sector en términos de evaluar la gestión fundamentalmente en base a las actividades realizadas. Existe un supuesto implícito en el sentido de que a mayor número de actividades, mejor nivel de salud de la población. Ello no necesariamente es así, por lo que el desafío, en el mediano plazo, será que, al pasar de una evaluación en base a las actividades realizadas a una evaluación basada en los resultados obtenidos, se den los espacios de flexibilidad que permitan el que a través de la creatividad de los equipos locales, se alcancen los mismos o mejores resultados con modalidades de trabajo distintas.

Existen sí algunas actividades que deberán seguir siendo evaluadas en su cumplimiento, como es el caso de las inmunizaciones y en general aquellas ligadas a enfermedades infectocontagiosas. También deberá mantenerse un adecuado monitoreo sobre algunas actividades que puedan mostrar una deficiencia en el funcionamiento de algún establecimiento. La baja esperada en el número de actividades no debiera ser motivo de preocupación, siempre y cuando ello no signifique la existencia de rechazos o un aumento en las consultas a los servicios de urgencia hospitalarios.

Es posible prever, en el mediano plazo, algunas otras modificaciones en el funcionamiento del sector. El pago por persona obliga a identificar cuidadosamente la población beneficiaria por la cual se paga, con el fin de evitar subsidios al sector privado y pagos repetidos por la misma población. De ahí que uno de los aspectos centrales del nuevo sistema está constituido por la inscripción de la población en los establecimientos.

El proceso de inscripción, sin embargo, tiene alcances que van más allá de ser un mero soporte a la transferencia de recursos. Para cualquier establecimiento, significará conocer, en cualquier momento, cual es la población de la que efectivamente debe hacerse responsable, con lo que se superan los errores actuales derivados del trabajar en base a poblaciones asignadas, las que a su vez representan estimaciones sujetas a errores que en algunos casos llegan a ser significativos. El conocimiento de la población a cargo, asociado al conocimiento de sus condiciones de vida, debiera permitir una mejor planificación de las acciones a realizar, especialmente en lo que dice relación con la focalización en grupos de riesgo definidos.

Este conocimiento más acabado de la población a cargo resulta novedoso particularmente a nivel de zonas urbanas y de consultorios en general, ya que, por otro lado, resulta ser una larga tradición en las Postas de salud Rural.

Inicialmente, se ha planteado que la inscripción se efectúe sin establecer limitaciones a priori, salvo el definir, para cada establecimiento, el número máximo de población a inscribir. Ello significa que las personas debieran estar en condiciones de elegir el establecimiento en el cual se inscriben. Esta libertad de elección de los prestadores se espera que actúe como un mecanismo de control por parte de la población hacia la calidad de las atenciones recibidas.

Sin embargo, en la práctica la posibilidad real de elección estará limitada por una serie de factores. En primer lugar, en zonas urbanas la infraestructura disponible no es tan amplia como para que las personas puedan elegir entre dos o más establecimientos, sin que ello signifique largos desplazamientos desde su domicilio. En segundo lugar, existen muchas comunas pequeñas y localidades en las que no existe más que un establecimiento en el que las personas puedan solicitar su atención.

A pesar de las dificultades señaladas, creemos que resulta interesante la incorporación de este proceso dentro del sector y que debiera estimularse hasta donde sea posible.

Desafíos a futuro

La puesta en marcha del modelo de asignación per cápita ha permitido comprobar la existencia de numerosos aspectos que deberán ser evaluados con el fin de introducir las modificaciones necesarias. Existen muchos supuestos en el diseño que requieren de una evaluación permanente.

Se ha propuesto, en este sentido, modificar a futuro el Plan de Salud Familiar utilizado para el cálculo del Per Cápita. El objetivo será el de ampliarlo, incorporando otras prestaciones que no se han considerado porque ellas no son ejecutadas por todos los municipios, como es el caso de las prestaciones de laboratorio asociadas a las atenciones que se entregan en los establecimientos de nivel primario.

También se ha pensado la posibilidad de utilizar el sistema Per Cápita como una herramienta para resolver el problema de las referencias a establecimientos de mayor complejidad. La entrega de un monto determinado por persona a las entidades administradoras para financiar estas prestaciones, les permitiría diseñar diferentes mecanismos con el fin de satisfacer las necesidades de atención más compleja. Estos mecanismos pueden ser la entrega directa de tales prestaciones o la compra de las mismas a cualquier entidad que esté en condiciones de satisfacerla. Ello permitiría disminuir la dependencia que hoy día tienen los establecimientos de nivel primario de la disponibilidad que se le entrega en los establecimientos de mayor complejidad.

Lo mismo puede operar en el caso de las prestaciones de laboratorio. Es decir, no se trata de que el municipio entregue directamente más prestaciones, sino que, al contar con los recursos necesarios, no dependa de un establecimiento unico para satisfacer esta necesidad.

La posibilidad de efectuar programaciones adaptadas a las necesidades locales constituye un paso decidido en el proceso de descentralización. Sin embargo, para que ello sea efectivo, se requiere que las instancias locales, especialmente los municipios, desarrollen las capacidades técnicas necesarias para asumir esta tarea.

Uno de los aspectos que ha desatado mayor polémica lo constituye la posibilidad de que la población elija el establecimiento en el cual desea ser atendida. Se argumenta que ello podría llegar a generar situaciones límites, como el que las personas que habitan dentro de un determinado sector, se inscribirán en algun establecimiento situado en el otro extremo de la ciudad. Pensamos, sin embargo, que la población beneficiaria del sector publico, constituida en general por los más pobres de nuestro país, está en condiciones de elegir, y a través de su elección, aprobar la buena atención que reciba.

La libertad de inscripción supone la incorporación y el reconocimiento a lo que parece ser una conducta habitual de los usuarios. Sin embargo, está claro que al mismo tiempo significa un cambio importante en la operación del sector, ya que tradicionalmente la obtención de recursos dependía exclusivamente de negociaciones al interior del sistema. Dado que los recursos a recibir estarán en relación a la población inscrita, se hace necesario establecer estrategias adecuadas de satisfacción al usuario, lo cual representa una fuente de tensión en algunos casos.

Existe la posibilidad de que una parte de la población beneficiaria del sector público no quiera inscribirse en algún establecimiento municipalizado. Es el caso de aquel segmento de beneficiarios que optan ser atendidos a través de la modalidad de libre elección, con prestadores privados y a través de un co-pago. Si se quiere llegar a obtener

una adecuada utilización de los recursos, evitando pagar dos veces por estas personas, una posibilidad es que el sistema Per Cápita sea utilizado también en la modalidad de libre elección que hoy día existe, eliminando así el sistema de pago por prestaciones en éste segmento.

El sistema de pago Per Cápita no debiera excluir a los beneficiarios de ISAPRE de la posibilidad de ser atendidos en los establecimientos que hoy día administran los municipios. Más bien debieran desarrollarse los mecanismos administrativos necesarios para que las entidades administradoras puedan recibir de parte de las ISAPRE los recursos correspondientes a la atención de su población beneficiaria.

El énfasis en la gestión del sector debiera pasar de la realización de actividades a la obtención de resultados. A su vez, estos debieran ser buscados en la población más expuesta a presentar daños o con mayores necesidades en materia de salud. De esta manera, el enfoque de riesgo, la focalización al interior de pequeños grupos poblacionales, la evaluación permanente, el diagnóstico local, pasan a constituir herramientas fundamentales para una utilización adecuada de los recursos obtenidos a través de la inscripción.

Al establecerse un pago fijo por persona, los equipos de salud pasan a tener una gran responsabilidad en la adecuada utilización de estos recursos. Sin embargo, resulta también fundamental el que la población haga un uso adecuado de tales recursos. La transparencia en la gestión, unida a una participación constante de la comunidad serán pues características de importancia en el éxito que puedan obtener los equipos de salud.

La apertura de nuevos espacios de flexibilidad llama a tener una actitud creativa en cuanto a la búsqueda de nuevas formas para obtener los mejores resultados. La repetición mecánica de instrucciones ajenas a la realidad local, así como el sometimiento a patrones rígidos de comportamiento sólo generará dificultades y trabas en la gestión.

Queda por resolver la situación que seguramente se producirá en algunas comunas en las que existen establecimientos de nivel primario administrados por el municipio en conjunto con otros administrados por los Servicios de Salud. Ya que estos últimos serán incorporados en la misma modalidad de pago, es posible prever la generación de competencias entre ambas entidades prestadoras. El inconveniente, en éste caso, es la asimetría en que se encuentran ambas, ya que una de ellas es al mismo tiempo la encargada de supervisar, evaluar y transferir los recursos a la otra.

También deberá ser resuelta la situación producida por la creación de nuevos establecimientos. Dentro de un sistema de asignación Per Cápita, cada entidad administradora puede tender a concentrar la atención en el menor número posible de establecimientos, con el fin de disminuir los costos de operación. El límite para esta opción estará constituido por la calidad de la atención, la que suele ser menor en establecimientos que atienden una cantidad demasiado elevada de personas. Sin embargo, si se quiere avanzar hacia formas más humanas de atención, y de mejor calidad, será necesario aumentar los montos actuales asignados a la atención de las personas, permitiendo cubrir

los mayores gastos de operación que puede significar el aumento en el número de establecimientos.