

Incrementar la Equidad en Atención Primaria: Revisión de la Fórmula Per Cápita

Verónica Vargas L.

Dr Economía

*Profesora de Economía de la Salud
Universidad Alberto Hurtado/
Georgetown*

Sergio Poblete V.

Master en Economía

Correspondencia a:
Verónica Vargas L.
E-mail: vvargas@uahurtado.cl

RESUMEN

Introducción: El renovado énfasis en la Atención Primaria en Chile hace necesaria una revisión de sus mecanismos de financiamiento para hacerlos consistentes con la búsqueda de un mayor impacto sanitario y una mayor equidad. **Objetivo:** En este artículo revisa críticamente la fórmula per cápita, que es el principal instrumento de asignación de recursos en la salud primaria municipal, con el objetivo de que ésta refleje mejor el riesgo sanitario de los beneficiarios y de las comunas en que residen, y de este modo los centros de salud puedan ser mejor compensados. **Método:** Se realizó una revisión de la experiencia internacional de mecanismos

GETTING MORE EQUITY AT PRIMARY CARE LEVEL: REVISITING THE CAPITATION FORMULA

Introduction: In Chile, recently there has been renewed interest in Primary Health Care (PHC). As a consequence a review of the current financial formula to allocate resources at PHC level was undertaken. In order to better direct resources to those with poorer health and lower socioeconomic status. **Objective:** This paper reviewed the capitation formula currently used to assign PHC resources to the municipalities. The objective is to identify adjustors that better reflects the case-mix at the health center level, like that health centers could receive appropriate financial compensation. **Methods:** An international review of capitation formulas used at PHC level was undertaken. Accordingly, new variables were introduced in the current formula such as sex, and the presence of chronic conditions like diabetes and hypertension. Additionally, the definitions of poverty and rurality were revised. Two set of simulation were performed, to estimate changes in the pattern of allocation at the commune-level. **Conclusions:** Results from the simulations shown that the alternatives formulas will benefit the poorest and therefore will improve the progressiveness of the formula. On the other side, revising the definition of poverty and introducing key diagnoses increase the formula's sensibility to risk-mix variation within each commune, improving the perceived fairness of the formula.

Key words: Equity, primary care, capitation formula.

de pago per cápita y a la luz de esas experiencias se introdujeron nuevas variables, tales como la presencia de enfermedades crónicas: hipertensión y diabetes. Además, se revisó la definición de las variables socioeconómicas pobreza y ruralidad. Se simuló la fórmula con las nuevas variables y definiciones para observar los efectos que generarían en la distribución de recursos por comuna. **Conclusiones:** Los resultados de las simulaciones demuestran que las modificaciones propuestas benefician principalmente a los más pobres. Introducir diagnósticos claves, hipertensión y diabetes, y la redefinición de ruralidad mejorarían la progresividad

de la fórmula. Por otro lado, redefiniendo pobreza a nivel individual, e introduciendo los diagnósticos mencionados mejoraría la sensibilidad de la fórmula a las variaciones existentes dentro de las comunas.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye el primer nivel de atención dentro del sistema de salud. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad e integra la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. La provisión pública de APS es

Agradecemos el apoyo financiero y acceso a la información brindado por FONASA, también el apoyo de investigación de Lorena Hernández. Las opiniones vertidas en este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores.

realiza principalmente en centros de salud y postas rurales, y el actual proceso de reestructuración tiene como objetivo desarrollar un modelo de Salud Familiar¹.

En el proceso de reforma de salud que actualmente se está desarrollando en Chile, la APS se ha puesto como uno de los principales ejes estratégicos. Lo anterior, se vincula al acelerado cambio demográfico y epidemiológico que vive el país, con un envejecimiento de la población y un crecimiento de las afecciones crónicas, lo que hace necesario un modelo de atención que privilegie la promoción y prevención y que tenga a la Atención Primaria como su estrategia principal² (McBride 1998).

Esto ha implicado un aumento significativo de los recursos para financiar la implementación de nuevos problemas del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (GES) en el nivel de la APS. En el año 2005 el per cápita aumentó en alrededor de un 40%. El aumento es una combinación de la expansión de las GES y también parte de este aumento corresponde a que varios programas que tenían un financiamiento independiente se "traspasaron" al per cápita.

A partir de 1994, se implementa el mecanismo de pago per cápita en aquellas comunas en que los servicios de Atención Primaria habían sido traspasados a los municipios. Este sistema consiste en el pago de un determinado monto por persona a la entidad que administra el establecimiento de nivel primario en que dicha persona se inscribe para ser atendida. El monto per cápita a asignar se determina a través de una fórmula que considera el cálculo de un per cápita basal y que debiera cubrir el Plan de Salud Familiar. Además, considera ajustes por ruralidad, asignación por zona asociado a condiciones de aislamiento, y pobreza llegando a un per cápita comunal. Luego se multiplica

el per cápita comunal por el total de población beneficiaria que corresponde a la población inscrita validada en el proceso de certificación de FONASA determinándose la remesa mensual³. Además, desde el año 2005 se entregan un monto adicional por cada *beneficiario mayor de 65 años*. Finalmente, se asigna un monto por el concepto de *desempeño difícil*.

OBJETIVO

Dada la evidencia empírica nacional e internacional acumulada, parece necesario revisar la fórmula de capitación actualmente en uso para ajustarla a mayores niveles de equidad, perfil epidemiológico del país, y distribución geográfica actual de los beneficiarios. La fórmula per cápita debe generar los incentivos y compensaciones adecuadas para entregar los servicios deseados. Esto significa que los centros de salud deberían recibir compensaciones de acuerdo a su perfil de riesgo, de esta forma, centros de salud con una mayor proporción de enfermos crónicos que el promedio deberían recibir un per cápita mayor al promedio.

Debido a lo anterior, consideramos necesario realizar una revisión a las definiciones utilizadas en la actual fórmula per cápita. Este artículo corresponde a una revisión introductoria al tema y esperamos que sea el primero de una serie de tres artículos que pretende analizar en profundidad la actual fórmula per cápita y plantear posibles mejoras al actual mecanismo de financiamiento de la APS a la luz de la experiencia nacional e internacional relevante.

METODOLOGÍA

La metodología que se utiliza corresponde a la revisión de la literatura científica indexada sobre capitación, ajuste de riesgo y Atención Primaria, y en base

a ellos realizar una simulación de fórmulas alternativas de manera de contrastarlas con el actual mecanismo. Las simulaciones son efectuadas con información digital pública del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Desarrollo Regional, División de Presupuesto e Información actualizada de FONASA de las características sociodemográficas y epidemiológicas de los beneficiarios del per cápita por comunas del país. Se simulan dos fórmulas alternativas que incluyen ajustadores demográficos y socioeconómicos a nivel de los beneficiarios, además de ajustadores sanitarios. Estas simulaciones permiten visualizar las diferencias entre las comunas asociadas a los costos diferenciales que implica entregar servicios a la tercera edad, las mujeres en edad fértil, los niños, los enfermos crónicos y los beneficiarios pobres. Este ejercicio permitirá la discusión sobre las posibles modalidades de compensación que pareciera necesario otorgar en función de un principio de equidad. En este artículo introductorio se presenta a grandes rasgos las revisiones realizadas y los resultados de las simulaciones.

Como ya se había insinuado, los ajustes realizados para corregir los pagos capitados tienen el objetivo de capturar las variaciones en las necesidades de salud de los enrolados. Es decir, se busca predecir de mejor forma el gasto que tendrá un beneficiario en un período determinado. Por lo que una fórmula de capitación satisfactoria debe estimar las necesidades de atención y el gasto en salud.

DESARROLLO

Experiencia internacional

Se revisó la experiencia de 15 países que utilizan pagos per cápita a nivel de la APS. Ésta incluye países como Inglaterra y sistemas afines como Nueva Zelanda y Canadá; y países con mode-

FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN

los de pago de última generación como Holanda, Alemania y Bulgaria. La mayoría de los países utiliza ajustadores demográficos tales como sexo y edad.

A continuación, se presenta un cuadro de los distintos ajustadores que se utili-

zan a nivel internacional para distribuir recursos en la Atención Primaria de salud, se distinguen ajustadores que utilizan información individual de los beneficiarios, y ajustadores que utilizan promedios o ajustadores agregados a nivel regional o provincial (Tabla 1).

Por tanto, en el ámbito internacional se distinguen las siguiente variables: demográficas, etnicidad, geográficas, socioeconómicas y epidemiológicas, incluyendo mortalidad y diagnósticos. En general, la mayoría de los países que considera ajustes en la asignación per

Tabla 1. Resumen de experiencias y características de los esquemas de capitación en Atención Primaria y/o Ambulatoria

País	Ajustes individuales	Ajustes agregados	Otros ajustes
Alemania ⁴	Edad, sexo Diagnósticos agrupados por costos (DCG)		
Australia (New South Wales) ⁵	Edad, sexo, etnicidad (Población sin hogar)	Ruralidad Etnicidad de trabajadores Necesidad de salud (mortalidad, estatus socioeconómico y ubicación geográfica)	Dispersión de costos regionales
Bulgaria ^{6,7}	Pacientes con afecciones crónicas	Condiciones desfavorables de desempeño (zonas montañosas, lejanas o con pobre infraestructura)	
Canadá (Alberta)	Edad, género, estatus seguridad social, etnicidad	Lejanía	Dispersión de costos regionales
España ⁸		Insularidad Población mayor de 65 años	
Estados Unidos (Medicaid)	Edad, género Maryland y Minnesota utiliza el método ACG Colorado y Oregon se utiliza el DPS		
Finlandia ⁹	Edad	Perfil de morbilidad Lejanía Áreas del archipiélago	
Holanda ¹⁰	Edad (mayores de 65 años) Género Estatus seguridad social	Grupos de costo de fármacos Grupo de costo de diagnóstico (DCG)	Transferencia de Fondo Central aseguradoras regionales al GP
Inglaterra ¹¹	Edad, género		Dispersión de costos regionales
Irlanda del Norte	Edad, género	Necesidad de salud (tasa de mortalidad)	Dispersión de costos entre áreas rurales y urbanas
Italia ¹²	Edad, género	Mortalidad Indicador epidemiológico territorial	Pago a GP por parte de Fondo de Salud Municipios responsables de salud primaria
Noruega ¹³	Edad, género		
Nueva Zelanda	Edad, género, etnicidad Estatus Socioeconómico		Características de la Organización de Salud Primaria (si incurrió en faltas)
Polonia ¹⁴	Edad (mayores de 65 años y menores de 5)		

Fuente: Elaboración propia en base a referencias

cápita contemplan la edad y el género. Este ajuste se fundamenta en que muchos estudios han demostrado que hay diferencias muy marcadas en el uso de recursos y gastos de atención de salud por grupos de edad y género, donde las mujeres en edad fértil y los infantes usan más recursos que el promedio. Los valores de los ponderadores de sexo y edad varían siendo los ponderadores del caso Inglés los que se adaptarían mejor al caso chileno.

Ajustadores demográficos y sanitarios para los centros de salud

En el siguiente gráfico se comparan los ponderadores utilizados actualmente en Chile, que considera una mayor asignación para los inscritos mayores de 65 años, con resultados empíricos de la utilización de servicios de Atención Primaria en un estudio de caso¹⁵ (Figura 1).

La evidencia empírica muestra diferencias en la utilización de los servicios de salud entre hombres y mujeres y grupos etareos. Sin embargo, la actual fórmula de compensación utilizada por MINSAL utiliza un ajuste de sólo 23% para mayores de 65. En contraste, las diferen-

cias del gasto per cápita entre un hombre joven de 20-24 años y otro del grupo 70-74 años es de aproximadamente 18 veces.

Por otro lado, otra fuente de riesgo financiero, relevante para el caso Chileno, es el tamaño de la población a cargo. La mayoría de los centros de salud de APS tienen a cargo una población menor que 10.000 habitantes. De acuerdo a la experiencia internacional, un centro de 10.000 personas enfrenta mayores problemas financieros que uno cinco veces este tamaño asociados a una mayor varianza de costos. Para evitar dichos problemas, creemos que la fórmula de capitación debe utilizar información individual de las características relevantes de los beneficiarios y de este modo compensar las diferencias de riesgo entre centros de salud.

De acuerdo a la información preliminar de pacientes AUGE en la APS, se estima que la cobertura actual de beneficiarios inscritos en el programa per cápita es de alrededor de 7% para hipertensos y 2% para diabéticos, sobre la población mayor de 20 años. Por otro lado, con estudios de costos recién-

tes, estimamos que estos pacientes consumirían actualmente entre el 16%-25% del presupuesto per cápita en un centro de salud de 10.000 inscritos. Considerando que las nuevas metas sanitarias estipulan cubrir 68% y 75% de la prevalencia de los hipertensos y diabéticos, el cumplimiento de estas metas implicaría que sólo estos pacientes podrían consumir entre el 43% al 64% del presupuesto de un centro de salud promedio.

Parece necesario que estas diferencias sean reconocidas en los ponderadores de la fórmula per cápita de modo que permitan compensar a estos centros de salud con un perfil de beneficiarios más caros o un nivel de riesgo superior al promedio. De no reflejar estas diferencias, algunos centros tendrán que “descremar” y referir o excluir a los pacientes más caros, para poder operar dentro de su presupuesto o de sus capacidades de recursos humanos.

Pobreza comunal o por beneficiario

La primera Encuesta Nacional de Salud demuestra que el nivel socioeconómico capturado por el nivel de educación, se asocia a la prevalencia de algunas enfermedades claves, entre ellas hipertensión y diabetes, las que se incorporan al RGS. Por otro lado, evidencia empírica nacional muestra que el promedio de consultas que realiza el Grupo A de FONASA a APS es 24% menor al promedio de los otros tres grupos socioeconómicos combinados, (B, C y D), y la diferencia aumenta a 44% si comparamos el gasto per cápita¹⁶. Ambas evidencias apuntan a que es necesario entregar incentivos y compensaciones especiales para el grupo de los indigentes.

La actual operacionalización de pobreza, utilizada por MINSAL, que utiliza ingresos municipales, permite establecer una débil correlación con la variable pobreza de la comuna definida por la Encuesta CASEN (R2 = 0,38). Por otro

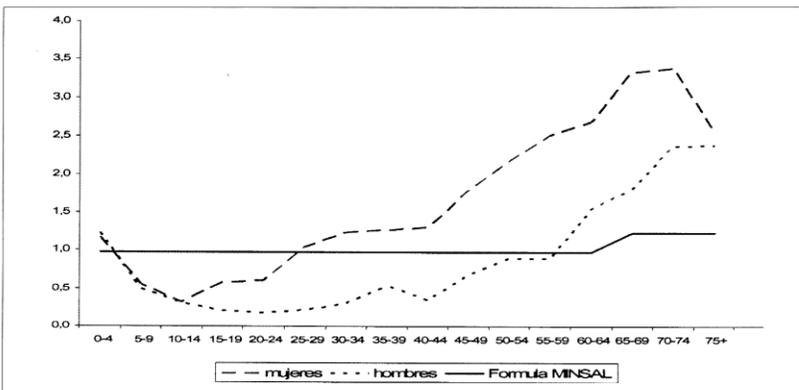


Figura 1. Comparación de ajustes demográficos con utilización efectiva en Chile. Fuente: Elaboración propia en base a Vargas y Wasem (2006) e información MINSAL.

FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN

lado, utilizar la definición de población pobre de la Encuesta CASEN tiene la desventaja que siendo un indicador que mide la pobreza a nivel comunal no da cuenta de los pobres que efectivamente están siendo atendidos en la APS. Así se puede dar el caso de dos comunas con un mismo nivel de pobreza CASEN pero que una realice mayores esfuerzos para atender a los pobres que la otra, lo que implica que la primera tendría más inscritos pobres y mayores costos. Lo anterior, se podría solucionar realizando una compensación de acuerdo a las características socioeconómicas de los inscritos, lo que en la práctica se traduce en utilizar la cantidad de personas del grupo A inscritas en cada centro de salud, (la correlación de indigentes FONASA o grupo A con índice pobreza CASEN es $R2 = 0,6$). Al utilizar esta variable, encontramos que las personas que pertenecen al grupo A viven en todas las comunas, y que sólo varía su proporción. De este modo, parece necesario crear los incentivos adecuados para prestar servicios a este grupo en todas las comunas y no solamente en algunas, lo cual ocurre al emplear únicamente los ingresos municipales como operacionalizador de pobreza.

En general, el principal problema para utilizar información de carácter individual pasa por la disponibilidad de datos confiables a nivel de personas. Sin embargo, los sistemas de información de FONASA han mejorado muchísimo en los últimos años y existe información de mejor calidad a nivel individual para identificar al grupo A o indigentes, sus enfermedades crónicas, su sexo, edad y comuna de inscripción y atención.

Ajustadores geográficos**Ruralidad: densidad de la población y distancia a centros urbanos**

Asignar mayores recursos a sectores rurales se justifica debido a los mayores costos que implica la prestación de servicios sociales en este tipo de áreas, la

densidad demográfica y la distancia a las principales ciudades del país impactan los costos. Los costos unitarios de la entrega de servicios sociales son mayores y el acceso a mercados de sus pobladores es más difícil. Por otro lado, la evidencia empírica demuestra que las mayores distancias a los establecimientos de salud impactan negativamente las tasas de utilización especialmente para adultos mayores, mujeres y personas de bajos ingresos.

Actualmente, en Chile se utiliza una definición de ruralidad derivada de consideraciones económicas, es decir, si existe un alto porcentaje de población dedicada a actividades primarias (agricultura y ganadería principalmente) esa comuna es considerada rural. Sin embargo, la ruralidad tiene otras dimensiones que son aún más relevantes para la prestación de servicios sociales. Parece necesario incluir las variables densidad de la población (utilizada en la definición de la Organización Económica CD) y la distancia a centros urbanos (sugerida por el Banco Mundial).

La variable densidad de la población ha sido testeada por este estudio, identifica nuevas comunas y excluye otras consideradas urbanas, con un aumento neto del porcentaje de la población rural. Se recomienda utilizarla en línea con los desarrollos realizados por instituciones académicas nacionales que trabajan el tema (departamento Geografía Universidad Católica) e internacionales incluidas OECD y el Banco Mundial. Por otro lado, la asignación por zona, que es una variable utilizada por la DIPRES para ajustar los salarios de los funcionarios públicos, ha resultado una muy buena "proxy" para distancias a centros urbanos, y captura muy bien a las comunas con altos grados de ruralidad o súper-rurales.

Ambas variables, densidad y asignación por zona, permitirían mejorar mucho la progresividad de la fórmula per cápita,

otorgándole más recursos especialmente a los tres primeros quintiles. Además, ambas dimensiones se complementan bien.

Desempeño difícil: Inseguridad y riesgo para el personal

El MINSAL califica a los centros de salud cada año considerando su aislamiento geográfico; dispersión de la población beneficiaria, marginalidad, inseguridad y riesgo para el personal asignando un monto por concepto de *desempeño difícil* a los empleados. Los primeros dos factores explican el 75% del volumen de recursos por concepto de desempeño difícil, mientras que inseguridad y riesgo explican el resto. Esto parece indicar la necesidad de revisar la definición y compensar a los empleados mediante una mayor asignación por aislamiento geográfico (asignación por zona) y dispersión de la población (ruralidad). Lo importante sería concentrar los esfuerzos en operacionalizar mejor una variable todavía no bien estructurada, como es inseguridad y riesgo para el personal en los centros urbanos.

La variable inseguridad y riesgo agrega mayor progresividad a la fórmula per cápita, especialmente a las zonas urbanas de los primeros quintiles no consideradas en ruralidad, ni asignación por zona.

Comunas de costo fijo o súper-ruralidad

Existen 52 comunas, denominadas de "Costo Fijo", que en el método de asignación per cápita no se aplica. En las "Comunas de Costo Fijo" se transfiere directamente un monto fijo para permitir el funcionamiento de los centros de salud allí ubicados. Esta categoría se creó originalmente con el objetivo de no perjudicar con la fórmula per cápita a comunas aisladas, con características socioeconómicas frágiles y con poblaciones inferiores a 3.500 personas. Sin embargo, estas condiciones han variado debido a dos factores independientes:

i) estas comunas han crecido y el 64% de ellas hoy día tienen una población promedio de alrededor de 9.000 personas, y ii) los recursos para estas comunas no han sido acompañado de ajustes proporcionales a los que ha recibido el programa per cápita. Por lo tanto, actualmente la mayoría de estas comunas están recibiendo una transferencia de recursos menor que si estuvieran en el sistema de asignación per cápita, con excepción de 11 comunas donde su estatus de comuna de costo fijo es más conveniente. En base a datos simulados la mayoría de las comunas de Costo Fijo reportaría mayores recursos por ser consideradas en el sistema per cápita, reflejando tanto su crecimiento poblacional como los necesarios ajustes proporcionales que hasta ahora no han recibido.

Estas comunas también se beneficiarían de los ajustes de ruralidad y desempeño difícil propuestos en este estudio.

SIMULACIONES

Se realizan simulaciones redefiniendo los ajustes que actualmente se emplean. Se parte de un escenario base que corresponde a la situación actual. En primer lugar para realizar las simulaciones se procede a redistribuir los porcentajes que implica cada ajuste. Luego se aplican las nuevas definiciones de los ajustes que se han propuesto en ruralidad y pobreza. La simulación 1 contempla como ajustador la edad y el sexo manteniendo los demás ajustes pero redefinidos. Por su parte, la Simulación 2 contempla además la incorporación de los diagnósticos: diabetes e hipertensión, que corresponden a enfermedades que forman parte del AUGE y cuyo tratamiento se realiza en la APS.

En la Figura 2 se puede observar que los ajustes propuestos entregan montos por inscritos más progresivos que la actual asignación, ya que benefician en

mayor medida a los dos deciles más pobres. En particular, la simulación que incorpora diagnósticos implica un mayor aporte al decil 1 de mayor pobreza.

Se puede argumentar al observar este gráfico (Figura 2) que las diferencias no son sustantivas en cuanto a la fórmula actual y a las dos redefiniciones propuestas. Sin embargo, esto se produce debido al nivel de agregación que implican los deciles, que consideran 900.000 personas aproximadamente. Las redefiniciones propuestas son muy significativas cuando se analizan los resultados a un nivel de comuna, por ejemplo, para la comuna más pobre del país, Tirúa con un 47% de la población en pobreza, la simulación 1 reportaría un 22% de mayores recursos per cápita y con la simulación 2 este aumento sería del 28%. A continuación se presenta un cuadro con las comunas que tienen un nivel de pobreza superior al 40% y que claramente se benefician de los escenarios simulados en cuanto al monto per cápita asignado para la salud primaria (Tabla 2).

Gasto total por beneficiario es regresivo

Se realiza un análisis de sensibilidad y para comparar las distintas fórmulas propuestas en las simulaciones por deciles de ingreso, de acuerdo a la definición de pobreza comunal de CASEN. Las diferencias de gastos por beneficiario entre comunas, se visualiza claramente cuando se agrega el gasto municipal en salud a las asignaciones del MINSAL y se ordenan las comunas por deciles de población según el índice de pobreza de CASEN.

Sin embargo, el aporte municipal a la Atención Primaria no varía con el nivel socioeconómico de la municipalidad, con la excepción del decil 10 donde el nivel de recursos duplica al resto de las comunas. En la medida que los aportes comunales no se asocian al nivel socioeconómico de la comuna el aporte semi-plano de MINSAL, no es un complemento para alcanzar un estándar por beneficiario apropiado.

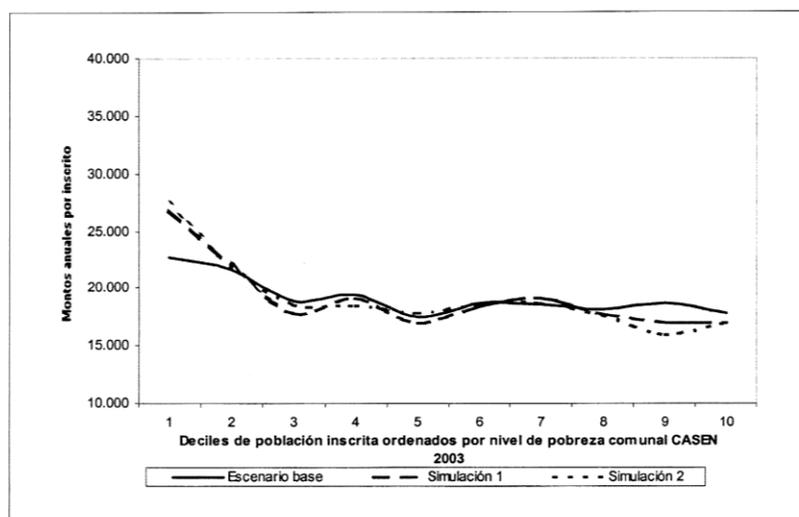


Figura 2. Montos por inscrito de la asignación per cápita.

Tabla 2

Comuna	Tipo de Comuna	Nivel de Pobreza CASEN (%)	Aumento del per cápita con simulación 1	Aumento del per cápita con simulación 2
Tirúa	Rural	47	22	28
Portezuelo	Rural	45	16	42
Gorbea	Rural	45	26	22
Lebú	Urbana	44	60	53
Santa Juana	Rural	43	23	12
San Juan de la Costa	Rural	42	19	17
Melipeuco	Rural	42	15	6
Renaico	Rural	42	17	25
Toltén	Rural	41	25	18
Cabrero	Rural	41	41	56
Freire	Rural	41	28	26
Negrete	Rural	41	22	20
Cañete	Rural	41	31	51
Carahue	Rural	40	19	9
Pinto	Rural	40	24	38
Quilleco	Rural	40	28	45
San Ignacio	Rural	40	23	31
Trehuaco	Rural	40	16	42
Ninhue	Rural	40	18	40

Fuente: Autores

La aportes derivados de la fórmula per cápita vigente sumada a los aportes municipales, que no varían según nivel socioeconómico de las municipalidades, tiende a neutralizar los efectos progresivos para el decil 1 o comunas más pobres, y para el resto de los deciles 2-9, es más bien igualitaria o casi regresiva. Por otro lado, para el decil 10 o con mejores ingresos, la fórmula produce una situación de privilegio. El decil 10 de inscritos en APS tiene una situación muy distinta al resto de los deciles; i) recibe más del doble de recursos por inscrito desde las municipalidades, y ii) la edad de la población es mayor al promedio, lo que la hace receptora de asignaciones por la tercera edad. Estos factores transforman a estas comunas en especialmente favorecidas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La actual fórmula per cápita tiene más de una década, se han realizado ajustes, sin embargo, creemos que hay mucho espacio para mejorarla a la luz de los avances del conocimiento y la experiencia internacional. Creemos que para avanzar hacia una fórmula per cápita más progresiva se debe tener presente en su operacionalización las distintas fuentes de financiamiento de la APS.

En consecuencia se requiere: i) compatibilizar las metas sanitarias con la nueva evidencia empírica y ii) ajustar la fórmula per cápita con enfermedades crónicas que tienen costos 5 a 6 veces superior al promedio, y que son permanen-

tes. Finalmente, es necesario señalar que la inclusión de variables demográficas y sanitarias a nivel de beneficiarios en la fórmula per cápita genera la información, discusión, incentivos y compensación necesarios para mejorar la gestión al nivel de los centros de salud APS. Al respecto, se propone tener una regla especial para las comunas ubicadas en el decil 10. Esta regla especial podría considerar un límite de la transferencia de recursos públicos en relación al promedio para comunas con capacidad financiera superior.

Conclusiones

El objetivo de este estudio fue revisar críticamente la actual fórmula per cápita

de distribución de recursos a la APS y proponer especificaciones alternativas. De acuerdo a la experiencia internacional y a nuestros resultados preliminares, la fórmula per cápita mejoraría su impacto sanitario y su progresividad con la presencia de diagnósticos claves, tales como hipertensión y diabetes y, de esa manera, centros de salud con un perfil de beneficiarios con riesgo y costos mayor al promedio podrían ser compensados adecuadamente. Por otro lado, creemos que la fórmula también mejoraría su progresividad si las definiciones de ruralidad y pobreza se revisaran. Al respecto, la ruralidad debiera definirse en función de dimensiones tales como la distancia a centros urbanos y densidad de la población. Por otro lado, la existencia de mejor calidad de información individual sobre el estatus socioeconómico de los beneficiarios que posee hoy FONASA, facilitaría una nueva operacionalización de pobreza más sensible al *mix* de beneficiarios presente en cada centro de salud.

REFERENCIAS

- 1.- ALBALA C, VIO F, KAIN J, UAUY R. Nutrition transition in Latin America: the case of Chile. *Nutr Rev* 2001; 59: 170-6.
- 2.- MUÑOZ R. Los médicos familiares en la APS pública Chilena. *Rev Chil Med Fam* 2004; 5: 50-1.
- 3.- DUARTE D. Asignación de recursos per cápita en la atención primaria. *Cuadernos de Economía* 1995; 32: 117-24.
- 4.- WASEM J. Ajuste de riesgo y DCG en el sector ambulatorio en Alemania. *Comunicación personal*. 2006.
- 5.- HILLESS M, HEALY J. Health care systems in transition: Australia. *Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems* 2002; 1-98.
- 6.- KOULAKSAZOV S, TODOROVA S, TRAGAKES E, HRISTOVA S. Health care in transition: Bulgaria. *Copenhagen: Tragakes E* 2006; 1-91.
- 7.- DATZOVA B. Health care reform and inequality of access to health care in Bulgaria. *Geneva* 2006; 1-35.
- 8.- MONTERO R, JIMÉNEZ J, MARTÍN J. Cuantificación y evaluación del nuevo sistema de financiación autonómico general. 2004; 1-27.
- 9.- HÄKKINEN U. The impact of Finnish health sector reforms: National Research and Development Centre for Welfare and Health 2005; 1-29.
- 10.- VAN WEEL C. How general practice is funded in The Netherlands. *MJA* 2004; 181: 110-1.
- 11.- DEPARTMENT OF HEALTH. Resource allocation: weighted capitation formula. *England: Department of Health* 2005; 1-70.
- 12.- MAIO V, PHARM D, MANZOLI L. The Italian health care system: WHO ranking versus public perception. *P&T*. 2002; 27: 301-8.
- 13.- European Observatory on Health Care Systems. Health care systems in transition: Norway. *Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems*. 2000; 1-81.
- 14.- SHAHRIARI H, BELLI P, LEWIS M. Institutional issues in informal health payments in Poland. *Washington DC: The World Bank* 2001; 1-38.
- 15.- VARGAS V, WASEM J. Risk adjustment and primary health care in Chile. *Croat Med J* 2006; 47: 459-68.