



AChM
Asociación Chilena
de Municipalidades

COMISIÓN SALUD
Iquique, julio 2017



MESA TRIPARTITA FINANCIAMIENTO

- **Antecedentes:**
- **Estudios de Financiamiento Previos (2005-2007)**
- **Protocolo de Acuerdo MINSAL con AChM y Confusam (18/10/2014)**
Entre otras cosas, el acuerdo contemplaba mejoras en la estabilidad laboral de los funcionarios, incentivos al retiro, avances en los programas de salud rural y de servicios de atención primaria de urgencia.
- Señalaba que durante 2015 se instalaría una comisión de estudio sobre actual financiamiento de la APS municipal (con revisión y evaluación del per cápita e indexadores).
- Se planteó que esto estará orientado a la discusión presupuestaria 2016 con el propósito de ir mejorando el aporte del Estado.
- **Declaración de Viña del Mar, Congreso de Salud Municipal 2015**



TRABAJO COMISIÓN 2015

- Reuniones tripartita semanales y/o quincenales desde fines de abril hasta el 10 de agosto (se realizaron reuniones adicionales de carácter técnico).
- Si bien el MINSAL incluyó otros temas en las reuniones, como cambios anunciados en el corte per cápita o estudio en elaboración por revisión de indexadores, el mayor esfuerzo fue determinar el **costo asistencial directo de la canasta de prestaciones definidas para la APS.**
- Se puso a disposición trabajo de La Granja con montos de remuneraciones actuales, evidenciándose que todas las comunas pagan remuneraciones por sobre el sueldo base mínimo nacional.
- Se puso a disposición planilla de Valdivia de programación de actividades.
- Equipo MINSAL elaboró paralelamente un dossier con la fundamentación técnica del PSF



MESA TRIPARTITA FINANCIAMIENTO

- El resultado de este trabajo con la planilla del PSF trabajado, multiplicado por las horas necesarias a contratar (que incluye los tiempos productivos y los derechos laborales), y multiplicado por el monto de las remuneraciones, tenemos el costo asistencial directo, a lo cual se agregan los otros costos de operación, dando un per cápita basal 2014 de aprox. \$6.100.
- Es importante explicitar:
 - **Que las remuneraciones utilizadas en este cálculo fueron las de la carrera referencial lineal y no las reales país.**
 - **Que el cálculo considera la productividad máxima del RRHH involucrado**
 - **El cálculo fue hecho a canasta cerrada.**



MESA TRIPARTITA FINANCIAMIENTO

Se nos informó que MINSAL entregó este trabajo a DIPRES como fundamento para la elaboración del Presupuesto 2016 y que MINSAL priorizó en primer lugar en su presupuesta presupuestaria el financiamiento per cápita . Sin embargo la respuesta fue

“lamentablemente las señales relacionadas con la economía del país fueron poco alentadoras para la expansión 2016.”

El per cápita basal \$ 4.894 (2016)



LUEGO.....

DECLARACION DE VIÑA DEL MAR 26 de agosto 2016 Los 225 asistentes del congreso de salud municipal 2016; alcaldes, concejales, directivos y funcionarios de la salud municipal del país

FINANCIAMIENTO

Desde la ACHM debe exigirse llegar en el presupuesto 2017 al financiamiento per cápita basal establecido en el estudio, asegurando su actualización de moneda y con la canasta de prestaciones con la que fue calculado

No iniciaremos conversación con respecto a indexadores, aun reconociendo su inequidad pero priorizando el objetivo de que el Estado asigne la cantidad de recursos que la salud municipal necesita

Debemos vincular estas demandas con todos los actores del quehacer comunal, regional y nacional: técnicos, gremiales, comunitarios, políticos y parlamentarios.

Debe existir un seguimiento a estas demandas

Se debe avanzar en ampliar la línea de financiamiento de los programas en convenios para incorporar todos sus costos de operación, incluyendo los gastos de administración de al menos un 10% del costo total y transfiriendo oportunamente los recursos. Las estrategias sanitarias en convenio, deben poder adecuarse a la realidad local desde la autonomía propia de la gestión municipal.



TEMAS DE LA COMISIÓN AÑO 2017 :

- Evaluación del mecanismo de Financiamiento de los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud
Documento de diagnóstico del modelo de financiamiento de los programas de reforzamiento en APS.
- Agenda de Salud Rural
Documento situación de salud rural, y se proponen líneas de trabajo concretas y se muestran avances y logros a la fecha.
- Varios
 - se plantea necesidad de explicitar no acuerdo de ACHM y CONFUSAM respecto a cierre de brecha en 5 años de financiamiento per cápita basal. DIVAP plantea que para ellos es complejo, pero que están dispuestos en avanzar en el análisis, por ej. en actualización de remuneraciones, también en indexadores. Respetar acuerdo post movilización Abril 2017 valor
 - se plantea necesidad de revisar IAAPS 2017 por implicancias en financiamiento



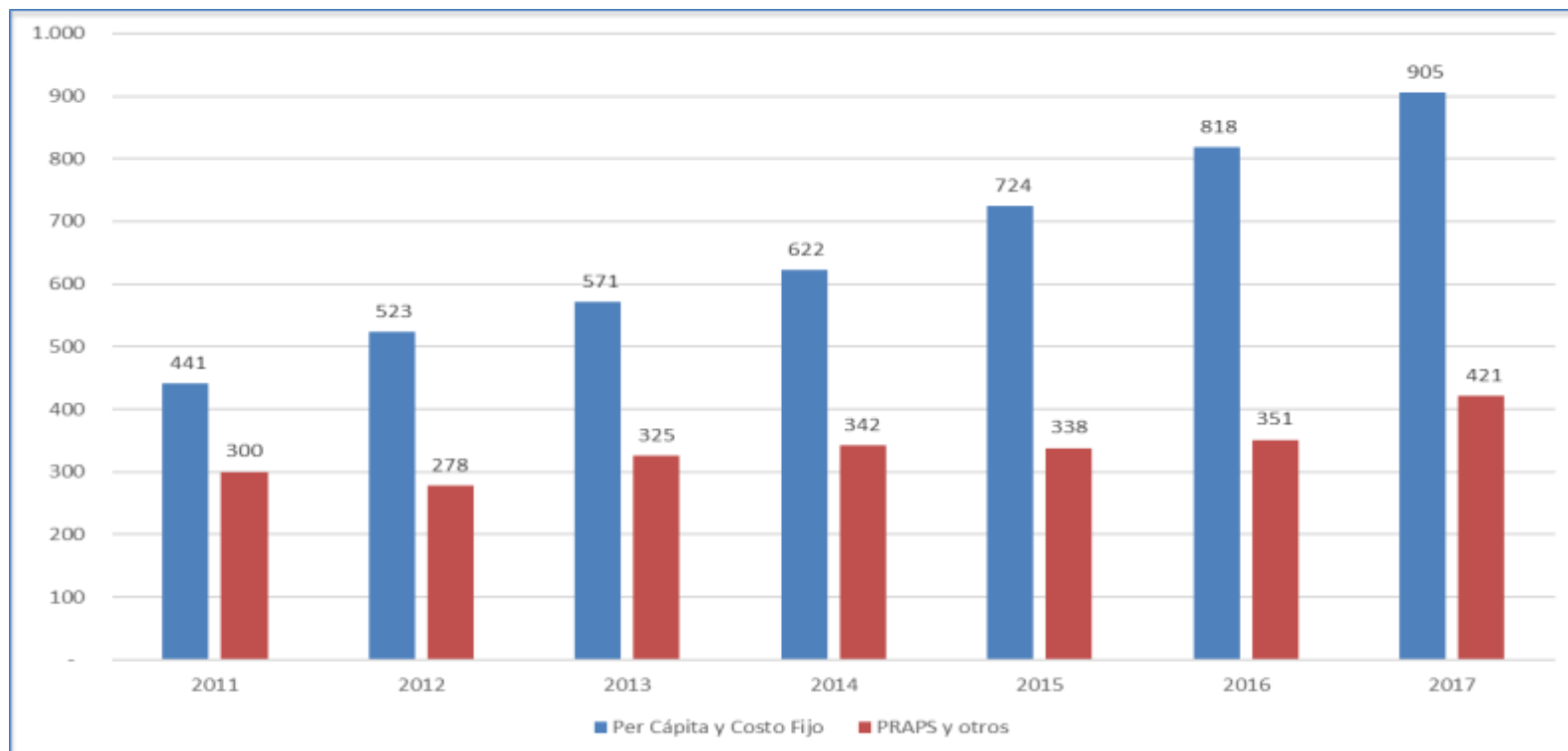
ACUERDO TRIPARTITO ABRIL AÑO 2017



En el acuerdo suscrito destaca el compromiso de la autoridad con un valor de per cápita basal de \$ 5.760, monto que deberá ser corregido al alza con los inflatores IPC y Reajuste Sector Público lo que debiera traducirse en un monto de per cápita basal 2018 superior a los \$ 6.000, cifra que de concretarse, supondría un incremental del orden del 10% respecto del actual valor de per cápita basal ascendente a \$ 5.405. A este punto se añaden compromisos relativos a Salud Rural, SAPU-SAPUR-SUR y a la ya necesaria actualización del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

DIAGNOSTICO MODELO DE FINANCIAMIENTO PRAPS

A continuación, se muestra el monto total de recursos destinado al financiamiento mediante el mecanismo per cápita/costo fijo en comparación con PRAPS. De esta forma, en 2011 el mecanismo PRAPS representaba el 40% del financiamiento de APS municipal, lo que baja progresivamente a 30% en 2016, subiendo levemente a 32% en 2017. De esta forma, estando al torno a un tercio del financiamiento no pareciera concordante con el espíritu de lo indicado en la ley 19.378 donde el principal mecanismo que surge corresponde a la herramienta del pago per cápita.





En síntesis, los problemas detectados con la modalidad actual de financiamiento de los PRAPS son:

- Acumulación de un déficit en el financiamiento de cada programa de reforzamiento. Esto no resta de reconocer el déficit en el financiamiento del per cápita basal.
- Demoras año a año en la oportunidad de entrega de los recursos con consecuencias sanitarias, laborales, administrativas y financieras
- Afectación de la integralidad y continuidad del modelo de atención con la creación de programas paralelos al modelo central que se deben discontinuar periódicamente en espera de los procesos administrativos y financieros, afectando la estabilidad funcionaria, el capital humano en términos de rrhh capacitado y el capital social en términos del vínculo entre los equipos de salud y sus familias a cargo.
- Ineficiencias en el sistema debido a la sobre-carga administrativa, que además desvía tiempo de una valiosa gestión sanitaria



La situación descrita anteriormente es un problema que se arrastra históricamente. En dicha historia, se han propuesto y aplicado una serie de soluciones, sin aún una solución definitiva. Por ejemplo:

- Se agregaba en los convenios una cláusula para pagar los gastos del programa que se contrataban con fecha anterior al convenio. Esta cláusula fue utilizada ampliamente hasta que el dictamen de contraloría objetó su legalidad (aunque el artículo n° 13 párrafo segundo de la resolución n° 30 de 2015 de CGR permite la Retroactividad del gasto de los PRAPS. Siempre que lo dejen estipulado en una cláusula del convenio. En el ámbito municipal, los Directores de Control, quien ejercen un rol de admitir si procede o no algunas gestiones administrativas, no admiten estos convenios. Y la CGR, en su propio sistema de control, no admite rendiciones previo a la fecha que allí indica que fue admitido el convenio.

- También se ha recurrido a suplir la pérdida financiera de los meses que no son cubiertas por el programa con recursos de otro programa denominado AGL que permite cubrir otros gastos operacionales aliviando la billetera municipal. A pesar de ajustarse a los objetivos estrictos del programa, esto no corresponde al sentido original de la existencia de dicho programa y desvía recursos de otros objetivos.

Se ha generado una propuesta de convenios que permiten hacer un “Enlace”, que establece el SS con cada municipio y para cada programa, que permitiría la transferencia



Debido a todo lo descrito anteriormente, existe en la actualidad un acuerdo dentro de la mesa Tripartita que es necesario buscar una nueva forma de gestionar los recursos de los PRAPS que permiten evitar el conjunto de problemáticas descritas, y dar seguridad a cada parte de un mejor desempeño en los diversos ámbitos tanto sanitario, laboral, administrativo y financiero. Esta nueva modalidad requiere un análisis legal, sanitario, financiero, y la participación y acuerdo de las diversas instancias involucradas y de los órganos que supervisan estos procesos.

PROPUESTAS EN EVALUACIÓN

- Avances o adelantos de la transferencia (se establece un 15% y se evalúa el 25%)
- Plurieralidad (concentrar en un convenio varios según temáticas o programas afectados)
- Renovación automática
- Percepción de los GES odontológicos (Chile-Crece ????)



SALUD RURAL

- Introducción

Con un 13% de población nacional viviendo en zona rural, la realidad de la salud en estos territorios presenta una variedad de expresiones a lo largo del país. Desde comunas de gran tamaño geográfico con gran dispersión, muchas de poblaciones pequeñas, algunas situaciones de insularidad, hasta comunas altamente urbanas con importantes sectores rurales en el mismo territorio.

A su vez, la historia de nuestras redes de salud han llevado a la conformación de diversas tipologías, donde puede coexistir un hospital comunitario dependiente del servicio de salud con postas rurales dependiente de los municipios, u otra de múltiples posibles combinaciones de dispositivos de salud que aparecen ya sea con la misma u diferentes dependencias.

En cuanto al **financiamiento**, esta se entrega para cada tipo de institución, de acuerdo a su tipo.

Además, se cuenta con un programa de Equidad Rural para apoyar el financiamiento de comunas rural.

Así también existe un indexador del per cápita para comunas rurales.



EVALUACION AÑO 2016

El acuerdo Tripartito firmado por el MINSAL, AChM y CONFUSAM en octubre del 2014 establece que se realizará una propuesta para mejorar las condiciones de trabajo en los establecimientos de salud rural con prioridad en las postas rurales, y con los siguientes objetivos:

- Ir cerrando las brechas del segundo técnico paramédico donde no lo haya [\[MTM1\]](#)
- Resolver los problemas de infraestructura y comunicaciones
- Desarrollar un plan de capacitación permanente de los equipos de salud rural
- Abordar el problema médico legal del personal que se desempeña en las postas rurales generando las soluciones legales y administrativas que permitan resguardar el desempeño de dicho personal [\[MTM2\]](#) .

A su vez, se comprometió la realización de una Jornada Nacional en la materia. De esta manera, DIVAP, a través de sus departamentos organizó una Jornada Nacional 2015, en los días 28 y 29 de octubre 2015 acerca de esta temáticas contando con referentes del Programa de Salud Rural de 25 Servicios de Salud, un/una técnico paramédico de Posta Rural por Servicio de Salud y un/a dirigente local de CONFUSAM por Servicio. Esta actividad significó la oportunidad de poder recoger la opinión de actores directos de los niveles operativos de la Salud Rural, es decir, informantes expertos en la temática. [\[MTM3\]](#)

[\[MTM1\]](#) esto no ha ocurrido, sólo el 40% de las postas del país tiene segundo técnico, y en la mayor parte el problema de infraestructura y comunicaciones no se ha resuelto.

[\[MTM2\]](#) pendiente

[\[MTM3\]](#) sin impacto efectivo



Jornada Nacional 2015, en los días 28 y 29 de Octubre

Las principales demandas con respecto a las condiciones de trabajo de los técnicos paramédicos de Postas de Salud Rural tienen relación con:

- Deficiencias en la infraestructura (número de box, inexistencia de comedor para el equipo de ronda), equipamiento y vivienda del TENS residente.
- Limitación por código sanitario en la prescripción y atención de urgencias a los TENS. Indefensión legal de los TENS frente a atenciones de urgencias más allá de lo que determina el código sanitario, frente a una población rural que reclama atención.
- Condiciones laborales: no pago de horas extras, extensas jornadas laborales más allá de lo normado.
- Condiciones de vivienda de segundos TENS (40% de las Postas rurales tienen dos TENS pero no existe 2da vivienda en los proyectos de inversión)
- Inestabilidad laboral del 2do TENS (contratados a honorarios por programas)
- Déficit en el acceso a capacitación por parte de los TENS rurales.



PARA EL MINSAL.....

Los desafíos del modelo de atención en salud rural incluye:[\[MTM1\]](#)

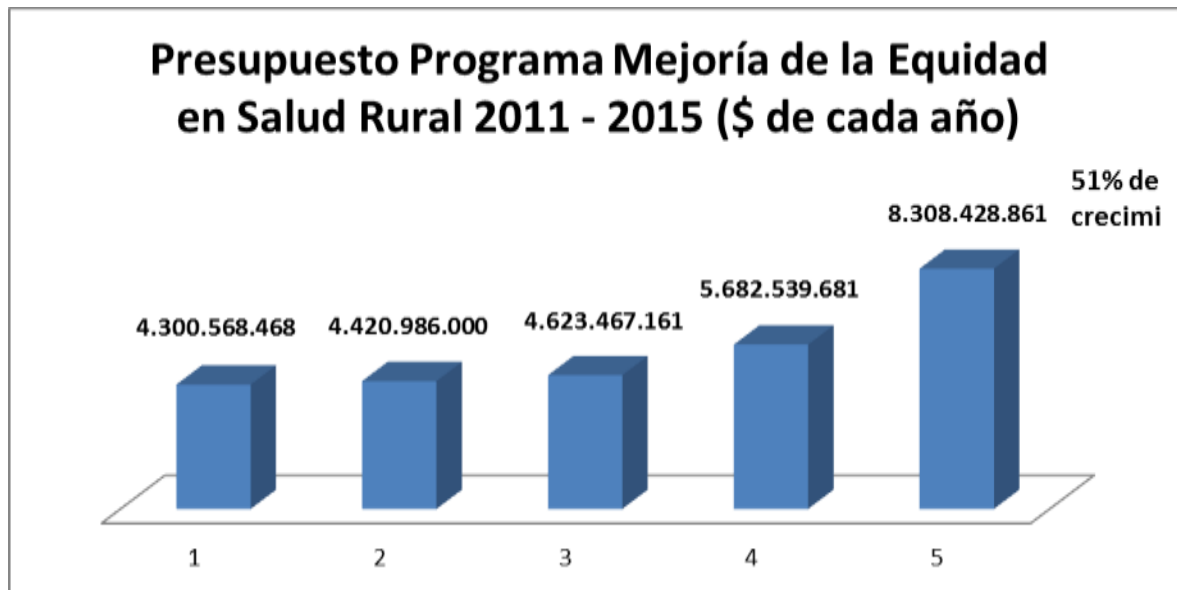
- Avanzar en el desarrollo del Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario en sectores rurales. Mejorar la cobertura de familias bajo control de salud familiar en Postas Rurales
- Fortalecer el trabajo de Salud Rural en los Servicios de Salud del país, mejorando el vínculo con los equipos comunales y TENS de Postas.
- Fortalecer el trabajo comunitario y la participación social en las áreas rurales, reforzando habilidades y manejo de herramientas metodológicas de los TENS y equipos rurales.
- Generar insumos para la actualización de las Normas de Salud Rural y entregar elementos para actualizar el Programa Médico Arquitectónico de las Postas de Salud Rural.
- Incentivar la implementación de estrategias locales orientadas al autocuidado, formación de promotores y líderes comunitarios y desarrollo comunitario a través del financiamiento de proyectos comunitarios definidos en base a procesos participativos locales.
- Continuar con la ampliación de cobertura de equipos de rondas rurales de refuerzo y de segundos técnicos de enfermería de Postas Rurales

[\[MTM1\]](#)el principal desafío es la EQUIDAD, como se expresó en mesa tripartita



LOGROS EN SALUD RURAL:

Se identifican una serie de avances en materia de salud rural que incluye: Desde 2008 a la fecha ha habido un incremento muy importante en los recursos para mejorar las condiciones de atención en la Postas de Salud Rural a través del Programa de mejoría de la equidad en rural. (51% de crecimiento nominal entre 2008 y 2015) para segundos técnicos en postas, equipos de rondas rurales de refuerzo, vehículos, equipamiento, radiocomunicaciones y proyectos comunitarios. [\[MTM1\]](#)



[\[MTM1\]](#) permanece más de la mitad de las Postas sin segundo técnico y con gran brecha aun en infraestructura



Logros 2016-2017

- Recursos adicionales (AGL) comunas rurales de mesa APS Municipal Chiloé y Mesa Alcaldes Mapuche
- Inicio de disponibilidad de Tele ECG en Postas Rurales (SS Aysén y Reloncaví)
- Incorporación de PSR en autoevaluación MAIS (Modelo de Atención Integral)
- Incorporación de PSR en Programa de Apoyo a Buenas Prácticas en APS
- Desarrollo de herramienta de cálculo para optimizar programación de rondas rurales (OPS/ Depto. Economía de la Salud)
- Diseño de proyecto Salud Responde para PSR
- Inicio trabajo DIVAP – Inversiones actualización normativa y actualización brechas



Plan de Trabajo Mesa Tripartita Salud Rural 2017

-

AMBITO	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	ACCIONES A DESARROLLAR	PLAZOS
Infraestructura Postas Rurales	Existencia de brechas de infraestructura en alrededor del 50% de las Postas Rurales del país	Actualización catastro brechas de infraestructura (versión abreviada) Generar orientaciones técnicas a Servicios de Salud y Municipios respecto a postulación a financiamientos regionales para mejoramiento de infraestructura de PSR Elaborar propuesta de cierre de brechas de infraestructura en etapas	JULIO MTM1 deben asegurarse recursos de expansión 2018. Sin esto, se seguirán levantando diagnósticos sin real solución.
Recursos Humanos Postas Rurales	Desprotección de Técnicos Paramédicos de Postas de Salud Rural respecto a desempeño asistenciales, en especial en zonas más aisladas en que la atención médica es menos frecuente y accesible	Preparar y solicitar revisión jurídica sobre ejercicio de técnicos paramédicos en zonas rurales y propuestas para su regularización	ABRIL
Conectividad Postas Rurales	Las Postas de Salud Rural presentan déficit de conectividad (radial, telefónica e informática)	- Avanzar en la conectividad a Red de Datos en las postas rurales. Evaluar y establecer un modelo costado a partir de experiencia de SS Valdivia - Proyecto apoyo a consultas de TENS de PSR a través de la plataforma de Salud Responde	MAYO MTM2 la experiencia se inició en salud municipal de Paillaco, creo que es importante visibilizar esa innovación a nivel comunal
Marco normativo Postas Rurales	Desactualización de normas técnicas vigentes	Constituir grupo de trabajo para actualización y conciliación normativa de NT PSR, incluyendo programa médico arquitectónico y actualización de arsenales farmacéuticos de PSR	DICIEMBRE
Modelo de Atención	Déficit de capacitación de personal TENS de PSR, por menor acceso a las actividades formativas	Evaluar modalidad de capacitación adecuada a las condiciones de las PSR	SEPTIEMBRE



GRACIAS!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!