

INSTRUCTIVO PARA EL CÁLCULO DEL APORTE ESTATAL DEL ARTÍCULO 49 DE LA LEY 19.378 Res (E) Nº 914, Subsecretaría de Redes Asistenciales del 26 de Diciembre de 2022

Cada entidad de salud municipal recibe mensualmente, del Ministerio de salud, a través de los Servicios de Salud y por intermedio de las municipalidades correspondientes, un aporte estatal, el cual se determina según los siguientes criterios:

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

Este aporte se determina anualmente, mediante decreto fundado del Ministerio de salud, previa consulta al Gobierno Regional correspondiente, suscrito, además por los Ministerios de Interior y de Hacienda. Este decreto precisa la proporción en que se aplicaran los criterios indicados en las letras a), b), c) y d), el listado de prestaciones cuya ejecución concederá derecho al aporte estatal y todos los procedimientos necesarios para la determinación y transferencia del aporte indicado.

El mecanismo de pago per cápita, funciona como forma de pago y establece un aporte de acuerdo a la población potencialmente beneficiaria a cargo de los Municipios que administran salud, con base a una tarifa estipulada por el Ministerio de Salud, en acuerdo a los criterios establecidos en el Artículo 49 de la ley Nº19.378, en referencia a una canasta de prestaciones, denominada en el ámbito de la salud, como Plan de Salud Familiar que se encuentran ordenadas en programas a través del curso de vida.

El artículo 2º del reglamento de la ley 19.378, aprobado por art. 4 del Decreto 2296 de 1995, del Ministerio de salud, dispone que “El Ministerio de Salud fijara su monto para cada entidad administradora en base a la incidencia de estos criterios, ponderados según se haya establecido en el período de que se trate”.

Luego, el concepto de población inscrita podemos encontrarlo en el señalado decreto, en su artículo 4º: “Para efectos de lo establecido en los artículos 49º y 51º de la Ley 19.378, el número de beneficiarios legales que atiende cada establecimiento de conocerá mediante el proceso de inscripción.”

Por otra parte, las comunas con población menor a 3.500 beneficiarios son financiadas con un mecanismo diferente al Per cápita basado en población inscrita, denominado financiamiento Costo Fijo, el que se ha determinado históricamente en base al techo FAPEM (facturación por atención prestada en establecimientos municipalizados), que tenían al momento de la puesta en marcha del nuevo mecanismo de asignación.

Elementos con que se Calcula el aporte estatal:

Factor art. 49 Ley 19.378	Operacionalización	Fuente	Observaciones
1. Población potencialmente beneficiaria en la comuna y características epidemiológicas.	Población potencialmente beneficiaria	Art. 4 del Reglamento Ley 19.378	Norma general Técnica Nº 185 de 2016, del ministerio de salud y sus Modificaciones
	Características epidemiológicas han sido consideradas al programar el conjunto de prestaciones de salud que las entidades deben entregar a la población potencialmente beneficiaria	Art. 49, ley 19.378, letra a)	Art. 56 de la ley Nº19.378 se refiere al Plan de salud Comunal. También existen Orientaciones para la planificación y programación en red que dicta MINSAL.
2. Nivel socioeconómico de la población e índices de Ruralidad y dificultad para acceder y prestar atenciones de salud;	Nivel Socioeconómico de la población definido por índice de Privación Promedio (IPP). clasificando para tales efectos las comunas pobres y no pobres	Artículo 49, ley Nº19.378, letra b)	Metodología de Cálculo desarrollada por el Minsal
	Índice de ruralidad medida a base INE 2002, considerando rural a aquellas comunas que tienen más de 30% de población rural, o todos los establecimientos que manejan con rurales	MINSAL	Censo del año 2002
		Artículo 7º del decreto Ley Nº249, de 1973	Decreto no ha sido actualizado y existen nuevas comunas que no cuentan con información para construir el IPP y/o asignación de zona
	Dificultad para prestar atenciones de salud	Artículo 28 y 29 de la Ley Nº19.378	Decreto de Desempeño Difícil

3. El conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna	Está definido en los programas de salud, Plan de Salud Familiar	El Plan de salud familiar se actualiza anualmente en decreto per cápita	Decreto Per cápita anual
4. Cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, en base a la evaluación del IAAPS.	No se aplicó el sistema de medición de prestaciones entre los años 1997 y 2005. Cortes de evaluación en el año: - Enero a Abril; Enero a Junio; Enero a Septiembre: Sujeto a rebaja de recursos por incumplimiento. - Enero a Diciembre: No rebaja recursos.	Los IAAPS se incorporan en el decreto per cápita anual	El Índice de actividad de APS (IAAPS), que se establece anualmente cuanta con orientaciones técnicas de MINSAL

Aporte Estatal Ley 19.378

Componentes del Aporte estatal

Para la definición del aporte estatal señalado en el art 49 de la ley 19.378, se aplican los siguientes factores:

1. Aporte estatal basal o per cápita único basal homogéneo:

Se trata de un monto de aporte estatal pagado por beneficiario del Fondo Nacional de Salud (FONASA) inscrito y validado en los establecimientos de las respectivas entidades administradoras de salud municipal, de carácter universal, esto es, igual para todas las comunas del país que se financien por el sistema Per Cápita, y que tengan una población beneficiaria inscrita igual o superior a 3.500 personas.

Para el cálculo de este aporte basal se consideran los siguientes factores establecidos en la Ley 19.378:

a) Población potencialmente beneficiaria en la comuna y características epidemiológicas: la población potencialmente beneficiaria se conoce mediante el proceso de inscripción, el que es liderado por el Fondo Nacional de Salud, donde tal información de los registros de inscripción es de responsabilidad de los Municipios, que luego son objeto de validación y de certificación; a su vez, la inscripción en los establecimientos de salud es de responsabilidad

de las personas. El proceso de inscripción esta reglado por Norma General Técnica N°185 de 2016, del Ministerio de Salud, y sus modificaciones. La población beneficiaria final se resume en un total de población validada por comuna y establecimiento.

b) El conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna. La estimación de recursos por este concepto se realiza en base a un listado de prestaciones denominado Plan de Salud Familiar. El plan de Salud Familiar considera los distintos programas de salud en el ciclo vital, tales como: salud del niño/a, del adolescente, del adulto y del adulto mayor, de la mujer, odontológico, del ambiente y garantías explícitas otorgadas por el nivel primario de atención.

c) El cálculo del plan de salud familiar se efectúa con base a una población tipo de 10.000 personas, considerando un perfil epidemiológico y demográfico representativo de la población chilena, de acuerdo con parámetros de cobertura y de rendimientos asociados al personal médico y no médico que trabajan en los distintos establecimientos de la Atención Primaria. Para el cálculo del plan de salud familiar se considera la dotación necesaria de acuerdo con coeficientes técnicos (rendimiento, concentración de atenciones) y normas Ministeriales.

La estimación del conjunto de prestaciones del Plan de Salud Familiar para una población estándar de 10.000 personas, arroja lo que se denomina el costo asistencial directo, que está dado por la estimación de costos de brindar las atenciones contenidas en el Plan. Por otra parte, se calculan los costos indirectos como una estimación sobre los costos asistenciales directos. Así, los costos de administración, de farmacia, de exámenes de laboratorio, de operación y de administración municipal; con todos los anteriores, se establece una tarifa unitaria homogénea denominada per cápita basal, para todas las personas pertenecientes a la población beneficiaria a cargo de la APS Municipal, sin distinción de ningún tipo y para todas las comunas del país que administran salud municipal.

El listado de prestaciones y los coeficientes técnicos a aplicar para el cálculo de los costos asistenciales directos, podrá ser actualizado anualmente, mediante el correspondiente acto administrativo.

2. Indexadores del aporte estatal basal.

Los criterios de incremento del per cápita basal se basan en lo establecido en el artículo 49° de la ley N° 19.378, y consideran:

- a) Ruralidad y dificultad para prestar atenciones de salud;
- b) La dificultad para acceder a las atenciones de salud;
- c) Cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, en base a una evaluación semestral.

Estos criterios, en la metodología del cálculo del aporte estatal anual, se orientan a incrementar el valor Per Cápita Basal, y tienen la finalidad de reconocer las diferencias entre comunas para prestar las atenciones. Así, se operacionalizan los siguientes criterios de incremento del Per Cápita basal, en adelante, denominados Indexadores. Estos son: pobreza, ruralidad y referencia de zona, conforme los siguientes conceptos:

2.1. Indexador de Pobreza asociado a Tramos con Base a Índice de Privación Promedio Municipal (IPP).

Para la determinación del indexador de pobreza, se considera en primer lugar, el total de las comunas del país, incluyendo las comunas que actualmente son de costo fijo, pero al momento de la aplicación del indexador en el cálculo del per cápita, se considera solamente a las comunas urbanas y rurales, dejando fuera a las comunas de costo fijo, cuyos recursos no se asignan conforme población ni valor per cápita más indexadores.

Las comunas costo fijo son aquellas que no se financian con la modalidad de aporte per cápita del Ministerio de Salud, ya que tienen una población inscrita menor a 3.500 inscritos validados por FONASA, sino con un mecanismo de costo fijo que permite cubrir el financiamiento de las prestaciones y/o acciones insertas en la canasta básica de la Atención Primaria.

Una situación especial la constituye la comuna de La Granja, que está asociada a dos Servicios de Salud, Metropolitano Sur y Metropolitano Sur Oriente, y por tanto, se considera financiamiento Per Cápita para la Granja y La Granja Sur.

Para medir la pobreza se aplica el índice de Privación Promedio Municipal (IPP), elaborado con base a la información proporcionada por la Subsecretaría de Desarrollo Regional (SUBDERE) a través del Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM)*. Este indicador mide la capacidad económica del municipio, mediante la mayor o menor dependencia del Fondo Común Municipal (FCM) y varía entre 0 y .1 Más cercano a 1 implica mayor dependencia de FCM y, por ende, mayor pobreza, o menor capacidad de generar recursos propios.

El cálculo del IPP se realiza de la siguiente manera:

RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN DESDE LA FUENTE PRIMARIA

Se descarga la siguiente información desde el Sistema Nacional de Información Municipal:

- A. IADM03 (%) Participación del Fondo Común Municipal en el Ingreso Total. Años 2015-2021.
- B. IADM74 (M\$) Ingresos Propios Permanentes per Cápita (IPPP). Años 2015- 2021.
- C. ICAR004 (N°) Población Comunal, Estimada por el INE. Años 2019-2021.

Todos estos indicadores se muestran para cada municipio, y es importante señalar que ya vienen estimados desde la fuente primaria. En el caso de que no se cuente con información para un año en particular, se procede a imputar con el promedio de los dos valores más cercanos o el valor más cercano de ese indicador de la misma comuna.

ESTIMACIÓN DEL ÍNDICE DE POBREZA MUNICIPAL (IPM)

Posteriormente se estiman los 2 componentes necesarios para construir el "Índice de Pobreza Municipal" (IPM), los que se indican a continuación:

D. Porcentaje no dependiente del Fondo Común Municipal (PND)

En la letra A. tenemos el porcentaje dependiente del Fondo Común Municipal, por lo tanto, este índice, es simplemente la diferencia. Por ejemplo, si una comuna tiene un 20% de Participación del Fondo Común Municipal en el Ingreso Total, entonces su % no dependiente del Fondo Común Municipal (PND) será de un 80%.

Luego, este índice se estandariza para que tenga un rango entre 0 y 1. Para estandarizar se utiliza la siguiente fórmula:

$$D = \frac{\text{PND máx} - \text{PND comuna}}{\text{PND máx} - \text{PND min}}$$

El PND se estima para cada comuna.

Ingresos Propios Permanentes Municipales por habitante (IngProp)

Este es el mismo índice que se muestra en la letra B. El único tratamiento es que se estandariza para que tenga un rango entre 0 y 1.

Para estandarizar se utiliza la siguiente fórmula:

$$=E = \frac{\text{IngProp máx} - \text{IngProp comuna}}{\text{IngProp máx} - \text{IngProp min}}$$

El índice IngProp se estima para cada comuna.

F. Índice de Pobreza Municipal (IPM)

Es el promedio de los dos índices anteriores (PROMEDIO D;E) El IPM se estima para cada comuna.

3 ESTIMACIÓN DEL ÍNDICE DE PRIVACIÓN MUNICIPAL PROMEDIO (IPPM)

G. Índice de Privación Municipal Promedio (IPPM)

Es el promedio (de un período de años) del índice de Pobreza Municipal (IPM) estimado en el paso anterior.

El IPPM se estima para cada comuna, considerando los IPM promedio de acuerdo a la periodicidad que determine el correspondiente decreto de aporte estatal anual.

El IPPM que acá resulta 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. Este es el índice que se usa para determinar los tramos de incremento por el indexador de pobreza.

Para calcular la asignación de pobreza correspondiente a cada comuna, se ordenan nuevamente las comunas según el IPPM recién calculado y se agrega la población total INE proyectada de cada comuna a la planilla de cálculo, con el fin de estimar en cuáles son las comunas que representan al 25% de la población que vive en las comunas más pobres según IPPM.

A las comunas más pobres, que representen el 25% de la población total calculada de la manera anterior, se les asigna la condición de pobreza y por lo tanto recibirán un porcentaje del per cápita total de manera adicional. Las comunas restantes (que tienen al 75% de la población) quedan en el tramo 4, es decir no reciben aporte adicional.

Las comunas con condición de pobreza asignada se dividen en tres tercios según su IPPM. Al tercio más pobre le corresponde un 18% de incremento sobre el per cápita basal, al tercio siguiente le corresponde un 12% de incremento y al tercio restante el 6%.

Ruralidad.

Este indexador es dicotómico, ya que no existen tramos para la asignación, la comuna clasificada como rural recibe un incremento del 20%.

Se considere acuerdo al censo de 2002, la clasificación de las comunas en rurales y urbanas, considerando rural toda comuna en la cual la población rural sea igual o mayor al

30%, así como, aquella en que la entidad respectiva administra solamente establecimientos rurales, tales como: consultorios generales rurales, postas rurales de salud, estaciones médico- rurales, etc. un incremento por ruralidad de 20%.

Referencia de Asignación de Zona.

Con el fin de asignar recursos al Valor Per Cápita Comunal, a las comunas con diferentes grados de dificultad para acceder a las atenciones de salud, derivados de las características territoriales de cada zona, se considera en forma referencial el porcentaje de asignación de zona establecido en el artículo 7o del Decreto Ley N°249 de 1974, del Ministerio de Hacienda, estructurado en diferentes tramos, con porcentajes de incremento de 0% a 24% en el per cápita basal.

Tabla 1. Referencia Tramos de Asignación de Zona.

Referencia de Tramos de asignación de Zona en %	0	10	15	20	25	30	35	40	55	70% y mas
% de incremento sobre el per cápita Basal	0%	4%	5%	7%	9%	10%	12%	14%	19%	24%

Adicionalmente a los indexadores de pobreza, ruralidad y referencia de zona al valor per cápita basal, se considera un indexador a las transferencias Per Cápita mensuales, para la población inscrita validada de 65 y más años, conforme el siguiente criterio:

Indexador de Riesgo asociado a Edad.

El indicador de riesgo asociado a la edad parte del supuesto de que existe un mayor costo relativo de la atención de adultos mayores en salud, en comunas con población potencialmente beneficiaria de 65 años y más. Este indexador constituye una asignación adicional por adulto mayor de 65 años y más beneficiario FONASA e inscrito validado en el año respectivo en algún establecimiento de cada comuna. La identificación de la población de 65 años y más es también producto del proceso de inscripción, validación y certificación, liderado por el FONASA.

El respectivo decreto Per Cápita determinará el monto del año respectivo para el indexador de riesgo asociado a edad, el que será incrementado de acuerdo con los recursos aprobados en la Ley de Presupuesto.

Otros factores por considerar.

Anualmente, en el respectivo Decreto de Aporte Estatal para las entidades administradoras de salud municipal, se podrán actualizar, agregar, eliminar o modificar los elementos del mecanismo de cálculo respectivo:

- Elementos del Plan de Salud Familiar
- Variables a medir
- Ponderaciones y/o fórmulas.

Cálculo del aporte estatal

A partir del valor per cápita basal (por persona al mes), se agregan los indexadores de pobreza, rural y referencia de zona, con el fin de calcular el per cápita comunal, que reconoce las características socioeconómicas, determinantes ambientales, entre otras, valor que se multiplica por la población validada por FONASA cada año yal que se agregan la asignación de recursos destinada a apoyar el mayor costo de las prestaciones a personas de 65 y más años, para el cálculo de la transferencia per cápita mensual, conforme la siguiente fórmula:

PER PACITA BASAL PERSONA/MES
POBREZA (IPPM) 0% A 18% RURALIDAD 20%
REFERENCIA DE ZONA 0% A 24%
PER CAPITA COMUNAL PERSONA/MES
ASIGNACIÓN ADULTO MAYOR MES
POBLACION INSCRITA VALIDADA POR FONASA AÑO
POBLACION INSCRITA VALIDADA DE 65 YMÁS AÑOS FONASA AÑO /PERSONA/MES
TRANSFERENCIA PER CÁPITA MENSUAL = (PER CAPITA BASAL * POBLACION INSCRITA VALIDADA FONASA AÑO) + (ASIGNACIÓN ADULTO MAYOR* POBLACION INSCRITA VALIDADA DE 65 YMÁS AÑOS)

Consulta a Gobiernos Regionales.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 49º de la Ley N° 19.378: "El aporte a que se refiere el inciso precedente se determinará anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud, previa consulta al Gobierno Regional correspondiente, suscrito, además, por los Ministros del Interior y de Hacienda. Este mismo decreto precisará la proporción en que se aplicarán los criterios indicados en las letras a), b) c) y d) precedentes, el listado de las prestaciones cuya ejecución concederá derecho al aporte estatal de este artículo y todos los procedimientos necesarios para la determinación y transferencia del indicado aporte.

Las entidades administradoras podrán reclamar al Ministerio de Salud, por intermedio del Secretario Regional Ministerial de Salud."

Dado lo anterior, se procede anualmente por medio de Ordinario a realizar la Consulta al Gobierno Regional acerca de la población inscrita validada por FONASA para cada comuna de su ámbito territorial.