

Análisis exploratorio sobre los mecanismos de pago a centros de salud mental comunitaria en Chile usando teoría fundamentada mixta

Olga Toro-Devia^{a*}, Rubén Alvarado^{a, b}, Mercedes Jeria^c, Denise Razzouk^d, Luis Salvador-Carulla^e

^aEscuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile; ^bDepartamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile; ^cDepartamento de Estudios, Superintendencia de Salud, Chile; ^dCentre Economic Mental Health, Federal University of Sao Paulo, Brasil; ^eHealth Research Institute, University of Canberra, Australia

RESUMEN

INTRODUCCIÓN La investigación sobre desinstitucionalización psiquiátrica ha descuidado el hecho que las reformas en este campo se anidan en un sistema de salud que se ha sometido a reformas financieras. Esta subordinación podría introducir incentivos desalineados con las nuevas políticas de salud mental. Según el Plan Nacional de Salud Mental de Chile, este sería el caso en los centros de salud mental comunitaria. El objetivo es comprender cómo el mecanismo de pago al centro de salud mental comunitaria es un potencial incentivo para la salud mental comunitaria.

MÉTODOS Este es un estudio mixto cuantitativo-cualitativo convergente, que utiliza la teoría fundamentada. Recolectamos datos administrativos de producción entre 2010 y 2020. Siguiendo la teoría de mecanismo de pago, entrevistamos a 25 expertos de los ámbitos pagador, proveedor y usuario. Integramos los resultados a través de la codificación selectiva. Este artículo presenta los resultados relevantes de la integración selectiva mixta.

RESULTADOS Reconocimos siete mecanismos de pago implementados heterogéneamente en los centros de salud mental comunitaria del país. Estos, responden a tres esquemas supeditados a límites de tarifa y presupuesto público prospectivo. Se diferencian en la unidad de pago. Se asocian con la implementación del modelo de salud mental comunitaria afectando negativamente a los usuarios, los servicios provistos, los recursos humanos disponibles, la gobernanza adoptada. Identificamos condiciones de gobernanza, gestión y unidad de pago que favorecerían el modelo de salud mental comunitaria.

CONCLUSIONES Un conjunto desarticulado de esquemas de pago implementados heterogéneamente, tiene efectos negativos para el modelo de salud mental comunitaria. Es necesario y posible formular una política de financiación explícita para la salud mental complementaria a las políticas existentes.

KEYWORDS Mental Health, Community Mental Health Services, Healthcare Financing, Reimbursement Mechanisms, Grounded Theory

INTRODUCCIÓN

La respuesta de los sistemas de salud a la población con enfermedades mentales ha evolucionado desde el asilo hasta los servicios basados en la comunidad. A este proceso se le ha llamado reformas de desinstitucionalización [1]. En Chile, el centro de salud mental comunitaria ocupa un lugar central en la

transformación hacia el modelo de salud mental comunitaria [2]. Los planes nacionales de salud mental señalan que los mecanismos de pago a los centros de salud mental comunitaria han estado desalineados con el modelo de atención, al incentivar una respuesta individual intrabox, en desmedro de un abordaje por la recuperación e inclusión social [3].

El mecanismo de pago es un tipo de contrato que crea reglas entre pacientes, prestadores y pagadores, introduciendo incentivos [4]. Estos incentivos influyen en todos los elementos constitutivos del sistema: usuarios, provisión, medicamentos y tecnologías, recurso humano, gobernanza, sistemas de información y financiación [5].

La evidencia acerca de cómo operan los incentivos de estos mecanismos en el caso de la atención de salud mental en la

* Autor de correspondencia olga.toro@uchile.cl

Citación Toro-Devia O, Alvarado R, Jeria M, Razzouk D, Salvador-Carulla L. Análisis exploratorio sobre los mecanismos de pago a centros de salud mental comunitaria en Chile usando teoría fundamentada mixta. Medwave 2024;24(5):e2920

DOI 10.5867/medwave.2024.05.2920

Fecha de envío Feb 12, 2024, **Fecha de aceptación** Apr 25, 2024,

Correspondencia a Avda. Independencia 939, Santiago, Chile

IDEAS CLAVE

- Los mecanismos de pago a proveedores podrían introducir incentivos desalineados con la salud mental comunitaria, lo que no se ha estudiado.
- Este estudio puede contribuir al diseño y evaluación de los mecanismos de pago, en concordancia con las políticas públicas.
- Como limitación faltó acceder a datos financieros.

comunidad no es concluyente. En algunos casos es contradictoria, y los marcos conceptuales no están facilitando su interpretación [6–13]. La investigación sobre desinstitucionalización ha descuidado el hecho de que las reformas en este campo se han anidado en un sistema mayor de salud, el cual también se ha sometido a reformas. Las reformas en salud mental han utilizado los mecanismos de financiamiento impuestos en los sistemas de salud [14]. Esta subordinación financiera podría introducir incentivos desalineados con el modelo de salud mental comunitaria.

El objetivo de este trabajo es comprender cómo el mecanismo de pago al centro de salud mental comunitaria es un potencial incentivo que implemente el modelo de salud mental comunitaria en Chile. El país tiene la meta de triplicar el presupuesto de salud mental, incluyendo un plan de inversión de centros de salud mental comunitaria, pero siendo eficiente en sus incentivos. Este estudio puede contribuir al diseño y evaluación de los mecanismos de pago en concordancia con las políticas públicas.

MÉTODOS

Este es un estudio de tipo exploratorio mixto cuantitativo-cualitativo convergente [15], que utiliza la teoría fundamentada [16]. Este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

El componente cuantitativo recolectó datos secundarios provenientes de estadísticas administrativas públicas del Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de Chile entre los años 2010 y 2020, del seguro público (Fondo Nacional de Salud) y del Instituto Nacional de Estadísticas.

Los datos fueron analizados usando medidas de resumen descriptivas obteniendo la frecuencia absoluta y relativa de centros de salud mental comunitaria vigentes, dependencia y ubicación; población atendida (ingresos, egresos, bajo control, diagnósticos, sexo, edad); y de intervenciones otorgadas (individuales, grupales intra-centro, grupales extra-centro, profesional quien la otorga).

Durante el proceso de recolección de datos, se observó que existen problemas de calidad de los mismos, por lo que se utilizó por conveniencia la información de los centros que mostraron completitud para el período analizado. Esto afecta al estudio, limitando la representatividad de los centros. Por esta razón, se decidió que, para cada resultado se detallara el número

de centros que están considerados en cada análisis, debido a su completitud de datos para el período de 2010 a 2020. Esta es una forma de transparentar el riesgo de sesgo de registro que limita esta exploración.

El componente cualitativo entrevistó a 25 personas, previo consentimiento informado (Tabla 1). Mediante un muestreo teórico, los criterios de inclusión representaron las tres funciones en tensión en un mecanismo de pago: pagador, proveedor y usuario. En la práctica incluye a representantes de organizaciones de usuarios, directores de centros de salud mental comunitaria y referentes institucionales que deciden sobre la asignación presupuestaria (Fondo Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Servicios de Salud). También se incluyó a representantes provenientes de distintas zonas geográficas: norte, centro y sur, además de la zona metropolitana.

De igual forma, en los Servicios de Salud se incluyó el criterio de tener dos áreas sanitarias con y sin hospital psiquiátrico, que pudiera ser considerado como un factor de orientación hacia el modelo comunitario. Se consideró también que hubiese mujeres y hombres en cada uno de los tres grupos. El límite de la muestra se determinó a través de la saturación de los contenidos. Aun cuando el muestreo es teórico y respeta la metodología, se debe tener en cuenta que grupos subrepresentados en los sistemas de atención de salud pueden quedar invisibles en esta exploración. Entre estos grupos se cuentan personas provenientes de pueblos originarios, disidencias de género o ruralidades, cuyas perspectivas han adquirido relevancia en la respuesta a las necesidades de salud mental, y que requieren especial atención.

Las entrevistas fueron grabadas, luego transcritas con apoyo de software y revisadas asegurando el 100% *ad verbatim*. Los entrevistados pudieron acceder a su grabación y transcripción. El análisis textual se sometió a codificación abierta con apoyo de software de análisis cualitativo. Las categorías obtenidas hicieron referencia a la relación entre los mecanismos de pago con cada elemento constitutivo de un sistema de salud: personas usuarias; provisión de prestaciones; acceso a medicamentos y tecnologías; recursos humanos; gobernanza; sistemas de información y financiamiento. Para cada una de estas categorías se identificaron las subcategorías contexto en donde se realiza el servicio, cómo opera el mecanismo de pago y los efectos o consecuencias atribuidos al mecanismo de pago.

Luego, se procedió a establecer condiciones relacionales entre las categorías a través del proceso de codificación axial, en torno a nueve ejes: mecanismos de pago identificados;

Tabla 1. Entrevistados según función en el sistema de salud, sexo y representación geográfica.

	Total	Sexo		Zona del país				
		Mujer	Hombre	Norte	Centro	Sur	Metropolitana	Nacional
Total	25	17	8	5	4	4	6	6
Pagador	8	4	4	5	4	4	6	6
Proveedor	8	6	2	2	2	2	2	0
Usuario	9	7	2	3	1	1	3	1

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

efectos positivos de los mecanismos de pago; efectos negativos; mecanismos de pago deseados; elementos de contexto que relacionan al mecanismo de pago con el modelo comunitario; prácticas, recursos y procesos institucionales involucrados; creencias y juicios valóricos colectivos involucrados; definición de las relaciones entre usuario, proveedor y pagador; y razones que fundamentan intereses individuales.

Asimismo, se efectuó la integración de los resultados cuantitativos y cualitativos a través de la codificación selectiva, en torno a dos dimensiones:

- a. La descripción teórica de la relación entre los mecanismos de pago y el modelo de salud mental comunitaria en los centros de salud mental comunitaria, para cada elemento constitutivo de un sistema de salud.
- b. La descripción de unidades de pago que pueden incentivar al centro de salud mental comunitaria hacia el modelo de salud mental comunitaria.

El proceso de análisis de los resultados se sintetiza en la Figura 1. Este artículo presenta los aspectos relevantes del último paso de análisis, es decir de la integración selectiva mixta.

RESULTADOS

La política de salud mental en Chile establece que se requiere un centro de salud mental comunitaria por cada 50 mil habitantes. Se identificaron 104 centros de salud mental comunitaria con financiamiento público. Se estimó una tasa de 0,7 de estos centros por 100 000 beneficiarios del Fondo Nacional de Salud para 2020. El 86% de los Servicios de Salud tienen centros de salud mental comunitaria. Sólo el 25% de las comunas tienen uno de estos centros, pero corresponden al 77% de las comunas con más de 50 000 habitantes.

Incentivos a diversos componentes del centro de salud mental comunitaria

Los entrevistados reconocen siete mecanismos de pago a los centros de salud mental comunitaria implementados heterogéneamente, y que han influido en diversos componentes de la organización. Sin embargo, en la práctica responden a tres mecanismos supeditados a límites de tarifa y presupuesto público prospectivamente, que se diferencian en la unidad de pago.

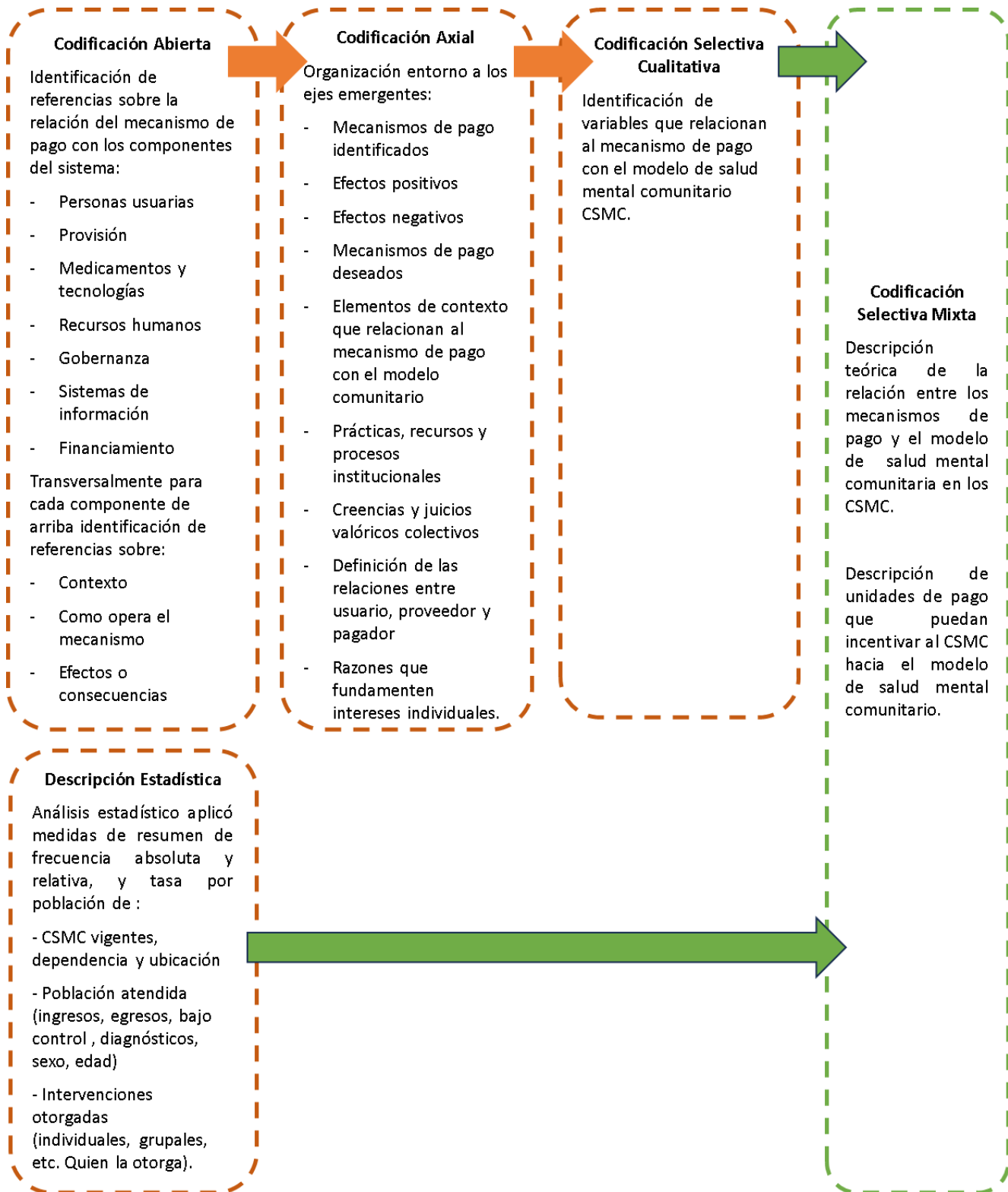
El primer mecanismo es un presupuesto anual que otorga respaldo financiero a una plantilla de remuneraciones. El segundo mecanismo son paquetes de prestaciones asociados

a un diagnóstico o condición por persona. En este segundo mecanismo se reconocen los pagos por diagnósticos incluidos en el plan de garantías de acceso universal, programa de prestaciones valoradas que existió hasta 2020, y diversos convenios con el intersector. Estos dos mecanismos sostienen la operación de los centros de salud mental comunitaria. El tercer mecanismo son proyectos concursables para organizaciones comunitarias con montos muy limitados. Existe consenso respecto a que los mecanismos de pago se asocian con la implementación del modelo de salud mental comunitaria en estos centros, desincentivándolo.

Los entrevistados señalan que el modelo de salud mental comunitaria espera que un mecanismo de pago incentive que el centro respectivo otorgue una variedad amplia de intervenciones para todos los trastornos mentales y factores de riesgo psicosocial; que disponga de una mezcla de atención individual, grupal, dentro y fuera de las instalaciones, con intervenciones intersectoriales; intervenciones orientadas hacia la recuperación integral y resolutiveidad evitando la cronicidad; intervenciones basadas en evidencia; y articulación de cuidados compartidos con otros niveles de atención.

En 17 centros de salud mental comunitaria con información disponible, la tasa de ingresos por cada 1000 beneficiarios del seguro público (Fondo Nacional de Salud) varió incrementándose entre 3,6 y 8,2 en el período de 2010 a 2018. Se estimó una proporción similar de mujeres y hombres en 2018, el 60% fueron adultos entre 20 y 64 años, 25% entre 10 y 19, 10% menores de 10 años y 6% mayores de 65 años. Los motivos fueron trastornos del humor (27%), trastornos de comienzo habitual en la infancia (20%), trastornos asociados al uso de drogas (19%), trastornos ansiosos (15%), violencia intrafamiliar (10%), esquizofrenia (2%), y demencias (2%).

En 24 centros de salud mental comunitaria con información disponible se estimó una tasa promedio de población bajo control de 25 por 1000 beneficiarios del Fondo Nacional de Salud entre 2010 y 2018. Los entrevistados señalaron que, si el presupuesto gubernamental que financia los centros de salud mental comunitaria nace de un conjunto desarticulado de esquemas de pago implementadas heterogéneamente, se incentiva una selección de ciertos diagnósticos que otorgan mejor financiamiento. Esto ocurre cuando ese diagnóstico es explícito en el mecanismo de pago, su arancel es mayor y las exigencias de cumplimiento de prestaciones se reducen a pocas

Figura 1. Esquema del proceso de análisis de los resultados usando teoría fundamentada mixta.

CSMC: centros de salud mental comunitaria.

Fuente: preparada por los autores.

intervenciones, como por ejemplo, sólo la consulta médica o la entrega de fármacos.

Cuando la institucionalidad carece de una entidad responsable de la elaboración de un plan de salud mental, se obstaculiza el incentivo del mecanismo de pago para cubrir todos los problemas de esta área. El pagador no ha asumido la responsabilidad de definir políticamente qué es lo que está dispuesto a financiar.

En 2020, 43 centros de salud mental comunitaria dependían del Servicio de Salud (41%), 47 tenían dependencia municipal (45%) y 12 estaban administrativamente anidados en un hospital (11,5%). Dos centros de salud mental comunitaria describen que registran dependencia privada sin fines de lucro, que es financiada con fondos públicos.

En el estudio, se presenta heterogeneidad en las intervenciones comunitarias, las que varían, en parte, por la dependencia administrativa de cada centro de salud mental. Las intervenciones comunitarias con organizaciones territoriales y de usuarios son discrecionales, dado que estas acciones requieren de una organización fuera del horario diurno habitual, lo que implica un costo adicional. Asimismo, no están incentivadas las estrategias de participación en el mecanismo. En 48 centros de salud mental comunitaria con información disponible se observó que entre 2010 y 2016, alrededor del 85% de las actividades eran prestaciones individuales realizadas dentro de las instalaciones del centro. Entre los años 2017 y 2018 fue de 70%. Las prestaciones grupales dentro del centro apenas representaron entre 2 y 3% de las prestaciones. Las actividades grupales fuera del centro, que hasta 2016 no superaban el 9% de las prestaciones, a partir de 2017 bordean el 25% del total. En 2018 se estimó una tasa de 6,4 prestaciones por persona bajo control, correspondiendo 4,3 a prestaciones individuales en box. Las visitas domiciliarias se asocian con la posibilidad de vehículo de traslado al terreno. Esto resulta discrecional, salvo que el presupuesto lo determine explícitamente.

En relación con el incentivo para la recuperación integral, la resolutiveidad y evitar la cronicidad, cuando los mecanismos de pago condicionan el acceso a cierto arsenal farmacológico, termina ocurriendo un proceso de cronificación en los centros de salud mental comunitaria. En 17 de dichos centros con información disponible, se estimó que la diferencia entre la tasa de ingresos y egresos llegó a 5:1 en 2018. En 2019 la diferencia bajó a 4:1, lo que se debería a la disminución de ingresos en el último trimestre asociada al llamado “estallido social” (crisis social y política ocurrida en Chile en octubre de 2019).

Respecto de que las intervenciones estén basadas en evidencia, la diversidad geográfica y cultural implica considerar distintas cosmovisiones frente a la salud mental, lo que se observa en zonas rurales y en pueblos originarios. También implica considerar diversidad de significados de “lo comunitario”. En este contexto, se describe que el pagador desconoce que los trastornos mentales requieren de cuidados compartidos y continuados, puesto que los mecanismos de pago han restringido esta posibilidad. En 48 centros de salud mental

comunitaria con información disponible se estimó que entre 2010 y 2019, las consultorías con atención primaria representaron una baja proporción. Incluso, esta fue disminuyendo en el curso de los años desde 1,8% en 2010 hasta alcanzar 0,3% de las prestaciones en 2019.

De igual forma, se señala que el pago de la consultoría no debe estar restringida al psiquiatra. La intervención en crisis o el seguimiento de los pacientes, necesitan ser explícitamente incorporados, pues no son implementados. El “estallido social” en 2019 y la pandemia de COVID-19 son contextos que disminuyeron la atención en los centros de salud mental comunitaria. De hecho, en 17 de ellos con información disponible se estimó que la tasa de ingresos por 1000 beneficiarios decayó de 8,2 en 2018, a 7,2 en 2019 y 4,2 en 2020.

Por su parte, se detectó que hay relación favorable con el acceso a medicamentos y tecnologías. Los entrevistados señalan que ha existido incentivo para contar con un arsenal psicofarmacológico esencial. El mecanismo de pago necesitará considerar cuándo es requerido un medicamento no contemplado en el arsenal.

En otra línea, en el contexto de pandemia se aceleró la incorporación de la atención remota usando tecnologías de las comunicaciones en los centros de salud mental comunitaria, tensionando para que los esquemas de pago cubran este tipo de atención.

Respecto de los recursos humanos, el modelo busca incentivar que los equipos estén orientados hacia servicios biopsicosociales, la recuperación integral y autonomía de las personas; y las intervenciones territoriales. Para los entrevistados, la motivación y compromiso de quienes trabajan en los centros de salud mental comunitaria permite que funcionen aun con restricciones presupuestarias y esquemas de pago que priorizan las consultas individuales. Esto sería desincentivado cuando hay precariedad en las condiciones laborales y el desarrollo profesional. La consecuencia de ello es el abandono de un enfoque integral en la orientación profesional, reemplazándolo por un enfoque clínico individual, desarticulado del plan nacional de atención de salud mental y de la inclusión social. En consecuencia, emerge el juicio de que el quehacer clínico se esté convirtiendo en un proceso ejecutivo, pero indolente con las personas usuarias y poco efectivo, dados los esquemas de pago que priorizan la consulta individual.

Además, se constata heterogeneidad en las formas de contratación de los centros de salud mental comunitaria, en particular por la diversidad de dependencia administrativa de estos centros. Tal es así, que en 48 de ellos con información disponible se estimó que más de la mitad de las actividades individuales son realizadas por psicólogo (66,7% de las prestaciones en 2010 hasta 50% en 2020). Las prestaciones individuales realizadas por trabajador social han bordeado el 15 y 16%. Las prestaciones individuales realizadas por terapeuta ocupacional se incrementaron desde 9,3% en 2010 hasta 12,9% en 2019. Las prestaciones individuales de enfermera oscilaron entre 2,8 y 4,4%. Los controles realizados por técnico

de enfermería han variado, alcanzando un máximo de 3,1% en 2011 hasta ninguna registrada en 2015. Desde 2017, los controles del técnico en enfermería especialista en trastorno por uso de drogas han bordeado el 8% del total de prestaciones individuales. Respecto de la psicoterapia familiar y grupal, estas más del 96% de las veces son realizadas por un psicólogo.

La incorporación de trabajadores-pares es un factor clave para el modelo de salud mental comunitaria según proveedores y usuarios. Se observó que en 2017 se incorporó el registro administrativo de las prestaciones individuales realizadas por "gestor comunitario". Estas prestaciones tuvieron la proporción más baja de las realizadas por diversos integrantes del equipo, alcanzando en 2020 un 0,25% de las prestaciones individuales. Esto financia grupos de autoayuda conducidos por trabajadores comunitarios, aunque en forma heterogénea en los centros de salud mental comunitaria. La incorporación de los trabajadores comunitarios tendría el potencial de introducir relaciones de poder horizontal con los usuarios.

En relación con los usuarios, los entrevistados señalan que el modelo de salud mental comunitaria espera que un mecanismo de pago incentive la adherencia y participación en los tratamientos. La determinación social de las enfermedades mentales, tensiona la posibilidad de cubrir tratamientos integrales efectivos. Esto implica considerar que los esquemas de pago necesitan introducir factores de riesgo para necesidades diferenciadas de la población. Cuando el mecanismo de pago no considera el subsidio al transporte de la persona, se convierte en barrera geográfica causando abandono de los tratamientos o tratamientos parciales. También es relevante la limitación del horario de apertura.

Con relación a la gobernanza, para los entrevistados el modelo de salud mental comunitaria espera que un mecanismo de pago sea concordante con incentivar la participación de usuarios en la gestión del centro de salud mental comunitaria. Una relación instrumental del proveedor y del pagador con las organizaciones de la sociedad civil, impide que estas tengan el poder de influir en la toma de decisiones sobre financiamiento en salud mental. Ello estaría relacionado con el nivel de desconocimiento, estigma, prejuicio y discriminación de las personas usuarias, incluso dentro de la misma organización del sistema de salud. En una selección de 48 centros de salud mental comunitaria se estimó que alrededor del 2% de las actividades grupales se registraron como trabajo con organizaciones sociales de usuarios y familiares entre los años 2017 y 2020. Con respecto a la articulación con instituciones intersectoriales en el territorio asignado, se estimó que el trabajo intersectorial fue la actividad más frecuentemente registrada entre las prestaciones grupales que se realizan fuera de las instalaciones del centro de salud mental comunitaria, alcanzando sobre el 90% en 2016, aunque disminuyó a cerca del 20% en 2018 cuando se incorporó el registro de la intervención psicosocial grupal la cual está ambiguamente definida. En esta línea, se plantea que los centros de salud mental comunitaria son responsables de vincularse con el territorio asignado.

Asimismo, se deben financiar explícitamente las actividades territoriales y medios de transporte para el traslado seguro del personal.

Respecto de los sistemas de información, los centros de salud mental comunitaria registran preponderantemente las consultas individuales, pues los sistemas de registro lo priorizan. De ahí, surge la importancia de acercarse a las unidades a cargo de las estadísticas para que estas comprendan la naturaleza de las actividades de los centros de salud mental comunitaria, junto con capacitar a su personal en el modelo de salud mental comunitaria. Al mismo tiempo, se constata que no han existido procesos de diseño e implementación de sistemas de información para el modelo de salud mental comunitaria. Tampoco, según los entrevistados, no hay diálogo entre los diversos sistemas informáticos que conviven en el sector salud.

En lo tocante al financiamiento, el modelo de salud mental comunitaria espera que un mecanismo de pago sea concordante con el incentivo del uso eficiente de recursos, la sustentabilidad del centro de salud mental comunitaria y coherente con los objetivos declarados en la política de salud mental. Para los entrevistados, la heterogeneidad en el tipo de liderazgo de los centros se asociaría con el incentivo a la eficiencia. Los centros de salud mental comunitaria terminan asumiendo el riesgo financiero, debido a que el pagador no ha asumido su responsabilidad de responder a la mayor demanda de atención de la población. Esto es interpretado como que el seguro público es el único que no pierde con los actuales mecanismos de pago. De igual forma, existe la percepción de que las formas de administración de los centros de salud mental comunitaria los mantienen sin poder en la toma de decisiones sobre los recursos. Por consiguiente, se produce un problema basal de falta de discusión acerca de una política para financiar los centros de salud mental comunitaria, y sobre quién asume la responsabilidad de la gobernanza del sistema de financiación de dichos centros.

Unidad de pago de los mecanismos de pago a favor del modelo comunitario

Para los entrevistados, el logro de coherencia entre el modelo de salud mental comunitaria en los centros *ad hoc* y los incentivos de su mecanismo de pago, es más complejo que simplemente tomar una decisión sobre la unidad de pago.

Desde el punto de vista de la gobernanza, el mecanismo de pago se relacionaría a favor del modelo de salud mental comunitaria cuando:

1. Existe un conjunto articulado de esquemas de pago implementados bajo una política de financiamiento coherente con la política de salud mental.
2. Define responsables de la función de compra, y las formas de participación del pagador, proveedor y usuario.

3. La dependencia administrativa de los centros de salud mental comunitaria otorga condiciones de autonomía en la gestión.
4. Incorporan e implementan objetivos y estrategias sobre estigma en salud mental.
5. Se establecen mecanismos de participación de usuarios en la gestión del centro de salud mental comunitaria.
6. Se establece una política intersectorial en salud mental con procedimientos de asignación y gestión de presupuestos multisectoriales.

Desde el punto de vista de la gestión estratégica de los centros de salud mental comunitaria, el mecanismo de pago se relacionaría a favor del modelo de salud mental comunitaria cuando:

1. Los procesos de reclutamiento, inducción, capacitación y supervisión del personal son explícitos y monitoreados.
2. Se incorporan trabajadores-pares como parte de los equipos.
3. Se optimizan los sistemas de información que reportan la capacidad y calidad productiva.
4. Se organizan horarios extendidos de apertura.
5. Se comunica ampliamente el plan de financiamiento.

Desde el punto de vista de la unidad de pago, la mezcla de esquemas parece más apropiada para que los mecanismos de pago se relacionen a favor del modelo de salud mental comunitaria. Algunas unidades que dan cuenta de incentivos fueron más nítidamente identificadas como posibles de abordar a través de un mecanismo de pago al centro de salud mental comunitaria (Tabla 2).

DISCUSIÓN

Los mecanismos de pago identificados se reconocen en sistemas de clasificación clásicos [4] y en recientes proyectos europeos que evalúan servicios de salud mental [17]. No se reconoce un sistema de financiamiento institucional para los centros de salud mental comunitaria, lo que se contradice con su prioridad crítica en las políticas de salud mental y la pertinencia de contar con una política de financiamiento de la salud mental explícita [3]. Esto se relaciona con una función de compra debilitada en el caso de la salud mental, lo que es crucial cuando los recursos son limitados [18]. Esta es la primera exploración sobre mecanismos de pago a centros de salud mental comunitaria en Chile.

Para proveedores y usuarios, la participación comunitaria parece incentivada por orientaciones técnicas [19], el esfuerzo del personal [20] y la influencia de las organizaciones sociales, más que por los actuales mecanismos de pago. Los estudios que evalúan servicios de salud mental han advertido sobre problemas en la investigación de los aspectos financieros, tales como la desambiguación de la terminología usada para servicios de salud mental [21] y la estimación de sus costos [22].

Este estudio agrega una nueva dimensión a los problemas en este campo, al abordar las reglas de pago percibidas como incentivos. Los elementos de contexto que relacionan los mecanismos de pago al modelo de salud mental comunitaria encontrados en este estudio, confirman que la financiación a los centros de salud mental comunitaria en Chile, se ha subordinado a la estructura de financiamiento global del sistema de salud que se ha sometido a reformas. El mismo que actualmente sostiene un debate sobre una nueva reforma que garantice el acceso universal. Los mecanismos de pago que se han utilizado para los centros de salud mental comunitaria no han nacido del análisis de idoneidad o coherencia con el modelo de salud mental comunitaria para ellos, sino que ha respondido a los instrumentos disponibles para todo el sistema de salud. Si bien existe un reconocimiento respecto a que estos centros se han implementado gracias a la asignación del presupuesto público, se develan efectos negativos de los mecanismos de pago utilizados, que responden a esquemas desarticulados y de implementación heterogénea. El desafío es lograr que usuario, proveedor y pagador puedan hacer lo correcto, sin que eso signifique un resultado desfavorable para alguno de ellos [23].

Las reformas por el acceso universal en salud, pueden ser una oportunidad para tensionar hacia una mayor coherencia de las políticas de salud sobre la salud mental y los sistemas de financiamiento de los propios sistemas de salud. Sin embargo, esto conlleva reconocer importantes cambios de concepto sobre salud y enfermedad mental, así como la introducción de regulaciones de financiación específicas para los servicios de salud mental [14].

CONCLUSIONES

Este es el primer estudio sobre mecanismos de pago a centros de salud mental comunitaria en Chile, y su carácter exploratorio contiene limitaciones.

El estudio respalda la preocupación previa del Plan Nacional de Salud Mental de Chile sobre el desajuste entre el modelo de salud mental comunitaria y los mecanismos de pago. Asimismo, refuerza la necesidad de un mayor análisis de las consecuencias de este desajuste.

Por otra parte, un conjunto desarticulado de esquemas de pago implementados heterogéneamente, tiene efectos negativos para el modelo de salud mental comunitaria. La formulación de una política de financiamiento que articule los mecanismos para los centros de salud mental comunitaria complementaria a las políticas de salud mental, es necesario y posible, apoyando la recomendación de contar con una política de financiación explícita y transparente en el caso de la salud mental. Ello es contrario a las posiciones que proponen que el sistema de financiamiento general de la salud ya lo contiene.

Los factores contextuales parecen jugar un rol clave en la forma en que operan los incentivos de los mecanismos de pago, requiriéndose estudiar cómo se distribuyen los recursos y servicios entre diferentes grupos demográficos y geográficos,

Tabla 2. Coherencia entre la unidad de pago y los incentivos al MSMC en los CSMC.

Incentivo	Unidad de pago
Mitigar los efectos negativos del contexto social y económico de las personas usuarias.	1. Introducción de inflatores para ajustar por riesgo en el mecanismo de pago que se haya establecido.
Considerar las particularidades culturales	2. Programas complementarios que asocien tarifas a metas de resultado.
Estar mejor preparados para enfrentar contingencias sanitarias	
Intervenciones de promoción y prevención universal y selectiva, realizadas en forma conjunta con organizaciones sociales o del intersector.	Pago por población capitada según población asignada (beneficiarios del seguro público del territorio a cargo) basado en metas de procesos de intervención anual.
Atención diferenciada de acuerdo con las necesidades de las personas usuarias	Pago asociado a la complejidad en el consumo de recursos. La definición de caso agrupa los diagnósticos según la homogeneidad del uso de recursos y las características clínicas, generando diversos grupos a los que se les determina una tarifa de acuerdo con la complejidad. Identificación explícita de intervenciones terapéuticas que se consideren identitarias del modelo de salud mental comunitaria (consultoría, visita domiciliaria, grupo de autoayuda, plan de intervención co-construido con la persona usuaria, otros)
Recuperación integral, cuidado compartidos y continuidad de la atención	Pago por desempeño para casos de atención compartida. Esto implica establecer la meta de desempeño a las organizaciones implicadas simultáneamente.
Equipos de salud mental estables, motivados y competentes	La regulación vigente sobre condiciones contractuales de los trabajadores de la salud en el sistema público en Chile determina la mantención de un presupuesto prospectivo para sostener la plantilla de sueldo.
Procesos de apoyo administrativo eficientes	1. Incorporadas en la estimación de las tarifas en cualquiera de los mecanismos de pago, pero su incorporación debe ser explícita a través de alguna regla de cálculo. 2. Como parte de metas de desempeño bajo un mecanismo de bonificación complementario.

CSMC: centros de salud mental comunitaria. MSMC: modelo de salud mental comunitaria.

Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

así como identificar posibles disparidades en el acceso y los resultados de salud mental.

En esta línea, es fundamental mejorar la calidad de los registros administrativos que respaldan el financiamiento, permitiendo análisis cuantitativos que consideren otros factores como la variación poblacional y la demanda de atención, la ampliación de la oferta de servicios, entre otros.

Por último, los resultados de este estudio aportan evidencia que retroalimenta a las políticas para caminar en esta dirección. Al mismo tiempo, expande las posibles dimensiones que problematizan el campo de investigación sobre financiamiento de la salud mental.

Autoría OTD participó de la conceptualización, obtención de datos, análisis formal, metodología, redacción del manuscrito original, revisión crítica y aprobación del manuscrito. RA participó del análisis formal, metodología, redacción del manuscrito original, revisión crítica y aprobación del manuscrito. MJ, DR y LSC participaron redacción de la conceptualización, revisión crítica y aprobación del manuscrito.

Conflictos de intereses No hay conflicto de interés de ninguno de los autores.

Financiamiento No hay financiamiento asociado a este manuscrito.

Idioma del envío Español.

Origen y revisión por pares No solicitado. Con revisión por pares externa por cuatro pares revisores, a doble ciego.

REFERENCIAS

1. Pan American Health Organization. In: Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, D.C: OPS/OMS, editor; 2020. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53027>
2. Ministerio de Salud. In: Modelo de Gestión, Red temática de salud mental en la red general de salud [Internet]. 2018. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf
3. Ministerio de Salud. In: Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 Chile Res.Ex.1286 de 24.10 [Internet]. 2017. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
4. Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gilles W. A typology for provider payment systems in health care. Health Policy. 2002;60: 255–73. [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(01\)00216-0](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(01)00216-0)
5. de Savigny D, Adam T. In: Systems thinking for health systems strengthening [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009. <https://ahpsr.who.int/publications/i/item/2009-11-13-systems-thinking-for-health-systems-strengthening>
6. Frank RG, McGuire TG. A review of studies of the impact of insurance on the demand and utilization of specialty mental

- health services. *Health Serv Res.* 1986;21: 241–65. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1068951/>
7. Kessler RC, Frank RG, Edlund M, Katz SJ, Lin E, Leaf P. Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario. *N Engl J Med.* 1997;336: 551–7. <https://doi.org/10.1056/NEJM199702203360806>
 8. Dewa CS, Hoch JS, Goering P. Using financial incentives to promote shared mental health care. *Can J Psychiatry.* 2001;46: 488–95. <https://doi.org/10.1177/070674370104600602>
 9. Yuan B, He L, Meng Q, Jia L. Payment methods for outpatient care facilities. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011153.pub2>
 10. Catalano R, Libby A, Snowden L, Cuellar AE. The effect of capitated financing on mental health services for children and youth: the Colorado experience. *Am J Public Health.* 2000;90: 1861–5. <https://doi.org/10.2105/ajph.90.12.1861>
 11. Michel-Lepage A, Ventelou B. The true impact of the French pay-for-performance program on physicians' benzodiazepines prescription behavior. *Eur J Health Econ.* 2016;17: 723–32. <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0717-6>
 12. Rudoler D, de Oliveira C, Cheng J, Kurdyak P. Payment incentives for community-based psychiatric care in Ontario, Canada. *CMAJ.* 2017;189: E1509–E1516. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160816>
 13. Tran N, Poss JW, Perlman C, Hirdes JP. Case-Mix Classification for Mental Health Care in Community Settings: A Scoping Review. *Health Serv Insights.* 2019;12: 1178632919862248. <https://doi.org/10.1177/1178632919862248>
 14. Zechmeister I. In: *Mental Health Care Financing in the Process of Change* [Internet]. Viena: Peter Lang; 2018. <https://www.peterlang.com/document/1068503>
 15. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and Conducting Mixed Methods Research.* 2nd Edition. Los Angeles: Sage Publications; 2011. p. 488.
 16. Creamer EG. *Advancing Grounded Theory with Mixed Methods.* London; <https://www.taylorfrancis.com/books/9780429057007> <https://doi.org/10.4324/9780429057007>
 17. Montagni I, Salvador-Carulla L, Mcdaid D, Straßmayr C, Endel F, Näätänen P, et al. The REFINEMENT Glossary of Terms: An International Terminology for Mental Health Systems Assessment. *Adm Policy Ment Health.* 2018;45: 342–351. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0826-x>
 18. Kutzin J. Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage. *Econ Heal Heal Syst.* 2016; 267–309. https://www.worldscientific.com/doi/epdf/10.1142/9789813140493_0005
 19. Ministerio de Salud. In: *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria Chile: Res.Ex.323 de 07.03* [Internet]. 2018. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf
 20. Douven R, Remmerswaal M, Zoutenbier R. Do Altruistic Mental Health Care Providers Have Better Treatment Outcomes? *J Human Resources.* 2019;54: 310–341. <https://doi.org/10.3368/jhr.54.2.0716.8070R1>
 21. Gutierrez-Colosia MR, Hinck P, Simon J, Konnopka A, Fischer C, Mayer S, et al. Magnitude of terminological bias in international health services research: a disambiguation analysis in mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2022;31. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000403>
 22. Mayer S, Berger M, Konnopka A, Brodzsky V, Evers SMAA, Hakkaart-van Roijen L, et al. In Search for Comparability: The PECUNIA Reference Unit Costs for Health and Social Care Services in Europe. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063500>
 23. Socha K, Couffinhal A. *Ineffective spending and waste in health care systems: Framework and findings. Tackling Wasteful Spending on Health.* Paris: OECD Publishing; 2017. pp. 17–59. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>

Exploratory analysis on payment mechanisms to Community Mental Health Centers in Chile using mixed grounded theory

ABSTRACT

INTRODUCTION Research on psychiatric deinstitutionalization has neglected that reforms in this field are nested in a health system that has undergone financial reforms. This subordination could introduce incentives that are misaligned with new mental health policies. According to Chile's National Mental Health Plan, this would be the case in the Community Mental Health Centers (CMHC). The goal is to understand how the CMHC payment mechanism is a potential incentive for community mental health.

METHODS A mixed quantitative-qualitative convergent study using grounded theory. We collected administrative production data between 2010 and 2020. Following the payment mechanism theory, we interviewed 25 payers, providers, and user experts. We integrated the results through selective coding. This article presents the relevant results of mixed selective integration.

RESULTS Seven payment mechanisms implemented heterogeneously in the country's CMHC are recognized. They respond to three schemes subject to rate limits and prospective public budget. They differ in the payment unit. They are associated with implementing the community mental health model negatively affecting users, the services provided, the human resources available, and the governance adopted. Governance, management, and payment unit conditions favoring the community mental health model are identified.

CONCLUSIONS A disjointed set of heterogeneously implemented payment schemes negatively affects the community mental health model. Formulating an explicit financing policy for mental health that is complementary to existing policies is necessary and possible.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.