



**issa**

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION  
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT

## Buenas Prácticas en la Seguridad Social

Buena práctica implementada desde: 2016

---

**La capitación basada en el compromiso como modelo de Indonesia para el sistema de pagos basados en el rendimiento destinado a proveedores de atención primaria: resolviendo los desafíos de la implementación del programa KBK en el programa nacional de seguridad sanitaria de Indonesia**

**Organización de Administración de la Seguridad Social para la Salud  
Indonesia**

Año de publicación: 2018

[www.issa.int](http://www.issa.int)

## **Resumen**

*Después del primer año de implementación del programa nacional de seguridad sanitaria en Indonesia (Jaminan Kesehatan Nasional – JKN), la Organización de Administración de la Seguridad Social para la Salud (Social Security Administering Body for the Health Sector – BPJS Kesehatan) lanzó en 2015 un programa de pago por resultados en el sistema de capitación para los proveedores de atención primaria. El programa de pago por resultados (Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan – KBK) consiste en una capitación basada en el compromiso con la que se pretende medir el compromiso de los proveedores de asistencia primaria a la hora de ofrecer servicios de asistencia primaria de manera integral. Lamentablemente, la reticencia de los proveedores de atención primaria impidió una ejecución completa. Entonces, se acordó que el programa KBK se pospondría hasta 2016 y se aplicaría únicamente a los proveedores estatales de atención primaria o a los centros comunitarios de salud estatales (Puskesmas) situados en las capitales de provincia. Desde 2017, todos los Puskesmas vienen aplicando el KBK, excepto los que se encuentran en zonas remotas. En 2018, todos los proveedores privados de atención primaria deberán implementar el programa KBK. Los principales indicadores empleados para supervisar el sistema KBK son tres: la tasa de contacto, el porcentaje de visitas de afiliados activos del Programa de Gestión de Enfermedades (Disease Management Program – DMP) y la proporción de derivación no especializada de pacientes. Los tres indicadores revelan mejoras entre enero y diciembre de 2017, lo que indica una mejora en el papel de los proveedores de asistencia primaria como controladores del acceso y coordinadores de la atención. Aun así, siguen surgiendo desafíos y es esencial continuar introduciendo mejoras.*

## **Asunto o desafío**

*¿Qué asunto o desafío aborda su buena práctica? Por favor, descríballo brevemente.*

La implementación de un sistema de capitación basado en el compromiso se enfrentaba a diversos desafíos.

En primer lugar, la efectividad de un sistema de capitación fue un problema en la fase inicial del programa JKN. No existía regulación relativa al pago por resultados. La BPJS Kesehatan tenía que pagar a todos los proveedores de atención primaria conforme a la misma norma, independientemente de su compromiso con la prestación de unos servicios primarios óptimos. La comisión para la erradicación de la corrupción en Indonesia (*Komisi Pemberantasan Korupsi – KPK*) avisó a la BPJS de un posible uso fraudulento de los ingresos por capitación y sugirió la implementación urgente de un mecanismo de pago por resultados. En 2015, la BPJS Kesehatan incorporó el pago por resultados mediante una regulación propia. El programa de pago por resultados, o KBK, consiste en una capitación basada en el compromiso y destinada a medir el compromiso de los proveedores de asistencia primaria en la prestación de servicios de asistencia primaria de manera integral.

En segundo lugar, surgieron desafíos debido a la enorme reticencia de los proveedores de atención primaria. Destacó el miedo a la reducción de los ingresos por capitación y cuestiones relativas a la transparencia. Esto detuvo la implementación completa del programa KBK, obligando a la BPJS Kesehatan a posponerla hasta 2016 y a limitarla a los Puskesmas o centros comunitarios de salud estatales situados en las capitales de provincia.

En tercer lugar, surgió otro gran problema relacionado con la cuestión de si la BPJS Kesehatan estaba autorizada a regular el sistema de pagos. Por ello, en 2017, se emitió una resolución conjunta del Ministerio de Salud y la BPJS Kesehatan para regular el programa KBK y establecer una hoja de ruta hacia su implementación total por parte de todos los proveedores de atención primaria en 2018. A través de esta regulación, la compensación del pago solo se aplicará a los Puskesmas, mientras que los proveedores privados de atención sanitaria recibirán sus compensaciones en 2018. La compensación oscila entre el 2,5 por ciento y el 10 por ciento de la capitación recibida.

## **Abordar el desafío**

*¿Cuáles eran los principales objetivos del plan o estrategia para resolver el asunto o desafío? Enumere y describa brevemente los principales elementos del plan o estrategia, con particular hincapié en sus características innovadoras y los efectos buscados o esperados.*

Estrategias para resolver las cuestiones anteriores:

- Creación de unas directrices legales: Dado que la BPJS Kesehatan fue creada en 2014, ninguna de las partes interesadas parecía estar lo suficientemente familiarizada con ella como para regular el sistema de compensación de pagos. A pesar de las limitaciones de la regulación, todos deben aceptar unas directrices legales para implementar totalmente el programa KBK.
- Una implementación total del programa KBK en todos los proveedores de atención primaria: Todos los proveedores de atención primaria, tanto estatales como privados, deben implementar íntegramente el programa, a través de una hoja de ruta que todos acepten.
- Indicadores para medir los logros: Dado que la capitación basada en el compromiso era un concepto nuevo, los indicadores debían evaluar los resultados del programa de manera transparente y responsable.

## **Metas**

*¿Cuáles fueron las metas cuantitativas y/o cualitativas o indicadores clave del rendimiento que se establecieron para el plan o estrategia? Por favor, descríbalos brevemente.*

Los objetivos de la implementación del programa de compensación fueron los siguientes:

- en todos los Puskesmas a nivel de capitales de provincia en 2016;
- en todos los Puskesmas en 2017;
- en todos los proveedores privados de atención primaria en 2018;
- a los proveedores de atención primaria se les concedió más tiempo para adaptarse. Esto facilitó la ejecución, reduciendo las retenciones.

El programa KBK cuenta con tres indicadores de la calidad. Los indicadores se extraen de cuatro elementos de la atención primaria: primer contacto, atención integral, continuidad de la atención y coordinación de la atención. Los indicadores son los siguientes:

- Tasa de contacto: Mide la manera en que los proveedores de atención primaria ejercen de primer punto de contacto con los afiliados del JKN. El objetivo mínimo es de 150 visitas por millón de afiliados.
- Porcentaje de visitas de afiliados activos del DMP: Esto identifica la atención integral que se presta específicamente a los afiliados del JKN que sufren de enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión). Los proveedores de atención primaria deben alcanzar al menos el 50 por ciento de este indicador.
- Proporción de derivación no especializada: Esta proporción describe cómo los proveedores de atención primaria ejercen de controladores del acceso, derivando a los pacientes únicamente cuando requieren un tratamiento médico especializado. Solo un 5 por ciento de las derivaciones no especializadas son admisibles.

Los tres indicadores se miden mediante P-Care, una aplicación de software desarrollada por la BPJS Kesehatan para los proveedores de atención primaria. Todas las partes interesadas pueden acceder a estos datos, garantizando así la transparencia y la asunción de responsabilidades. Los aspectos cualitativos incluyen la mejora de la función de los proveedores de atención primaria como controladores del acceso o, más concretamente, su compromiso con una atención primaria integral.

## Evaluación de los resultados

*¿Se ha evaluado la buena práctica? Por favor, suministre datos sobre el impacto y los resultados de la buena práctica comparando los objetivos con el desempeño real, indicadores de antes y después y/u otros tipos de estadísticas o mediciones.*

Dado que la regulación de la BPJS Kesehatan se enfrentó a grandes reticencias en 2015, en 2017 se emitió una resolución conjunta del Ministerio de Salud y la BPJS Kesehatan. En ella se reafirmaban la hoja de ruta sobre la implementación y las directrices para medir los indicadores. En virtud de esta resolución conjunta, se realizan comprobaciones y evaluaciones rutinarias entre todas las partes interesadas a nivel local y central; el equipo independiente de control de calidad y contención de costes (*Tim Kendali Mutu Kendali Biaya – TKMKB*) desempeña un papel crucial en los procesos de supervisión y evaluación.

La implementación del KBK se ha adherido a la hoja de ruta desarrollada en la regulación conjunta de la manera siguiente:

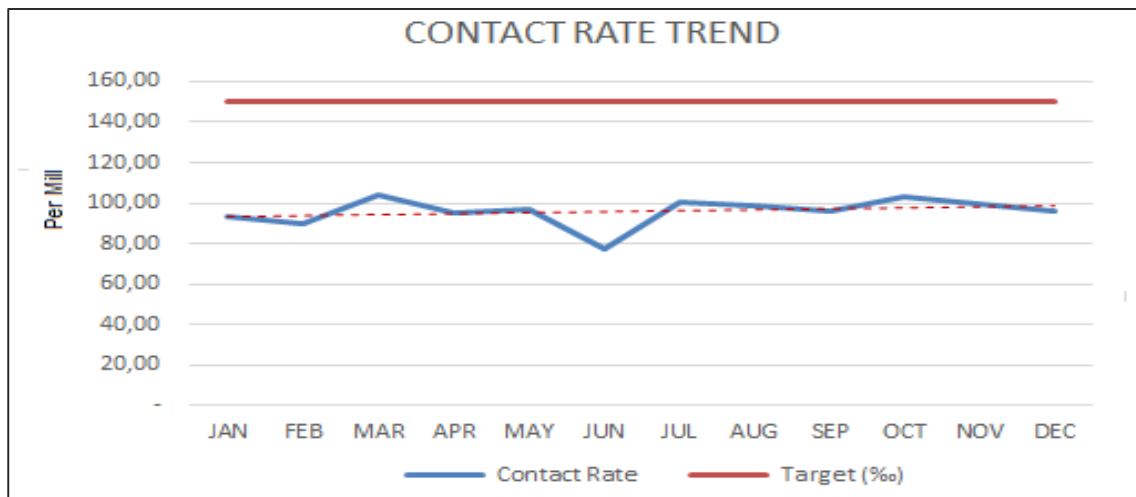
- En 2016, todos los Puskesmas sitios en capitales provinciales habían implementado el KBK.
- En 2017 solo faltaba implementar el programa en un 12,4 por ciento de los Puskesmas (1220 de 9863), debido a su ubicación en lugares aislados y remotos.
- En marzo de 2018, el 7,2 por ciento de los proveedores privados de atención primaria (336 de 4687) estaban dispuestos a recibir las compensaciones a través del programa KBK; el 92,8 por ciento restante deberían cumplir con la compensación de los pagos en julio de 2018, de conformidad con la regulación conjunta.

Todos los proveedores de atención primaria que implementan el programa KBK han utilizado P-Care para registrar los datos de los pacientes. El análisis de los datos de P-Care muestra mejoras en los tres indicadores de la calidad:

- Tasa de contacto

La tasa de contacto ha aumentado, de las 93,6 visitas por millón de afiliados en enero de 2010 a las 95,99 en diciembre de 2017, como se muestra en el gráfico 1.

**Gráfico 1.** *Tendencia de la tasa de contacto en 2017*



Por millón

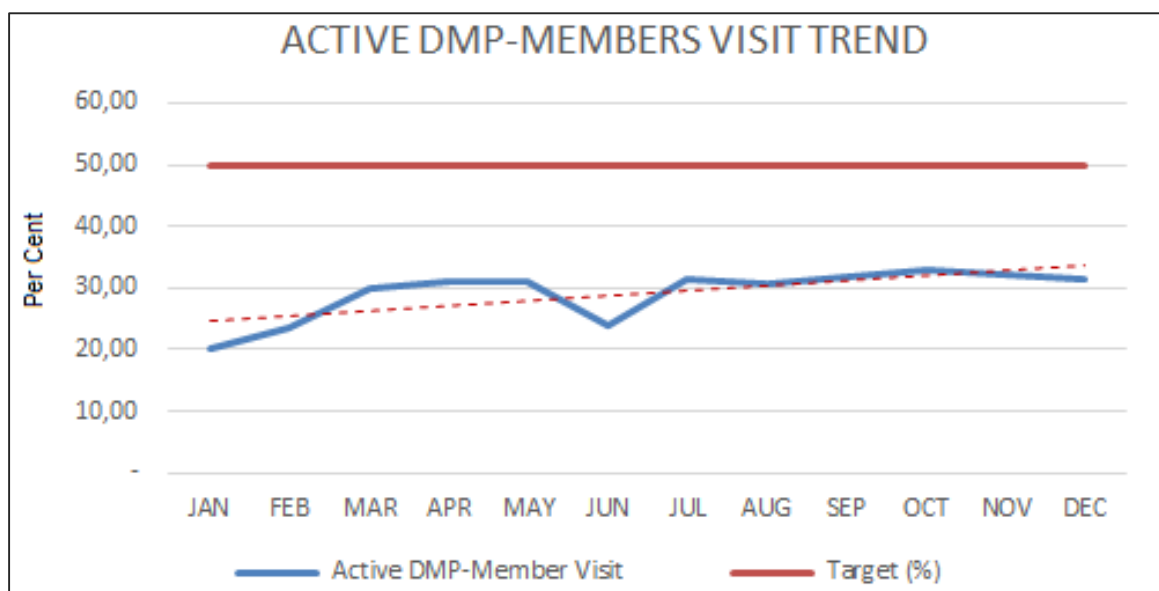
Tasa de contacto

Objetivo

- Visitas de afiliados activos del DMP

El porcentaje de visitas de afiliados activos del DMP pasó del 20,23 por ciento en enero al 31,33 por ciento en diciembre de 2017; esto vino a revelar que los proveedores de atención primaria se estaban esforzando por que los afiliados del DMP utilizaran activamente el programa. Esto queda ilustrado en el gráfico 2.

**Gráfico 2.** *Visitas de afiliados activos del DMP en 2017*



## DENCIA DE LAS VISITAS DE AFILIADOS ACTIVOS DEL DMP

Por ciento

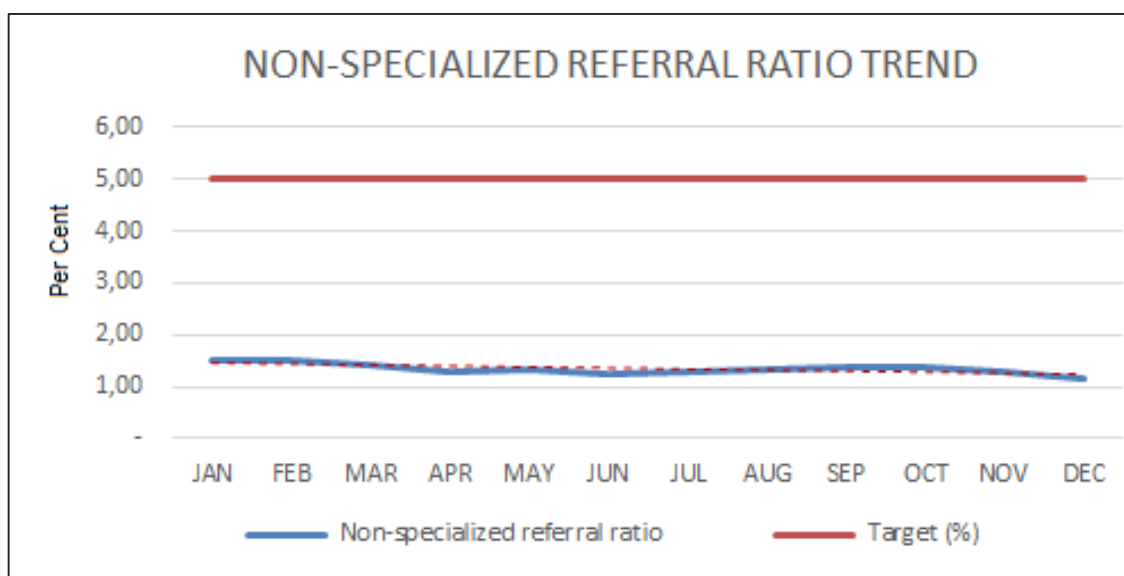
Visitas afiliados activos del DMP

Objetivo

- Tasa de derivación no especializada

La tasa de derivación no especializada ha disminuido, pasando del 1,51 por ciento en enero al 1,18 por ciento en diciembre, lo que revela que los proveedores de atención primaria se han vuelto más conscientes de su papel como controladores del acceso y derivan a los pacientes únicamente cuando requieren tratamiento médico especializado. Estos datos quedan plasmados en el gráfico 3.

**Gráfico 3.** Tasa de derivación no especializada en 2017



## TENDENCIA DE LA TASA DE DERIVACIÓN NO ESPECIALIZADA

Por ciento

Tasa de derivación no especializada

Objetivo

Aunque la compensación del pago aún no se había implementado en 2017 en las clínicas privadas, estas experimentaron un mayor valor promedio de la tasa de contacto (132,4 visitas por millón de afiliados), un aumento notable en las visitas de afiliados activos del DMP (del 17,6 por ciento en enero de 2017 al 24,8 por ciento en diciembre de 2017) y un marcado descenso en la tasa de derivación no especializada (del 2,1 por ciento en enero de 2017 al 1,7 por ciento en diciembre de 2017). Esto muestra la voluntad de los proveedores privados de atención primaria por incorporar la compensación de los pagos en 2018.

## Lecciones aprendidas

*A partir de la experiencia de la organización, mencione hasta tres factores que considera indispensables para reproducir esta buena práctica. Cite hasta tres riesgos que surgieron o podrían surgir con la implementación de esta práctica. Por favor, explique brevemente estos factores y/o riesgos.*

Tres factores principales permitieron el funcionamiento de la capitación basada en el compromiso:

- Coordinación activa con las partes interesadas, especialmente el Ministerio de Salud.  
Dado que la mayoría de los proveedores de atención primaria pertenecen al Estado (Puskesmas), era crucial conseguir el apoyo del Ministerio de Salud.
- Unas claras directrices legales  
Este constituye uno de los principales factores para el éxito de la implementación. La enorme reticencia de los proveedores de atención primaria en 2015 aportó una experiencia inestimable en los intentos por regular el sistema de pagos. Con el tiempo se optó por una regulación conjunta emitida por la BPJS Kesehatan y el Ministerio de Salud para mitigar la situación.
- Un sistema de información debidamente preparado  
Todas las actividades relativas a los pacientes deben quedar registradas en la aplicación de software (P-Care) para evaluar el rendimiento de los proveedores de atención primaria. Este sistema de información, accesible a todas las partes interesadas, permite que el programa KBK se implemente con éxito.

Los principales riesgos en la implementación del KBK fueron los siguientes:

- La resistencia de los proveedores de atención primaria.  
Una coordinación activa suaviza la resistencia, como ya hemos descrito.
- Posibles fraudes, principalmente en forma de registros fantasma.  
Para luchar contra ello, el equipo de evaluación (el TKMKB, la BPJS Kesehatan y las delegaciones sanitarias municipales) valora mensualmente el compromiso de los proveedores de atención primaria.
- Asunción de responsabilidades y transparencia en la evaluación para las compensaciones  
La aplicación de software P-Care permite a los proveedores de atención primaria supervisar sus logros mes a mes. Además, se ofrece acceso a los datos a todas las partes interesadas. Una supervisión rutinaria por parte de todos ellos, y especialmente del equipo independiente TKMKB, sirve para resolver cuestiones relativas a la toma de responsabilidades y la transparencia.

Al implementar la capitación basada en el compromiso mediante el programa KBK, la BPJS Kesehatan se enfrentó a diversos desafíos. Sin embargo, se esfuerza por resolver cada uno de ellos mediante acciones estratégicas, lo que garantiza la sostenibilidad del programa.