



Editorial

EN ESTA EDICIÓN

1. Revisión de metodologías y propuesta de distribución de gastos por enfermedad, edad y sexo en el nivel terciario de atención en salud 2

2. El gasto de salud en Chile desde la perspectiva del enfoque de esquemas de financiamiento según la OCDE 11

3. Costo-efectividad de intervenciones sanitarias para la cesación del hábito tabáquico. Revisión sistemática y análisis de transferibilidad de resultados 18

- Infografía: Gasto de bolsillo en salud en Chile 23

- Infografía: Impacto económico de las enfermedades no transmisibles (ENT) en Chile en tres dimensiones 24

- Noticias 25

**Boletín Semestral
Economía y Salud
Volumen 10 · N° 1 · 2016
Julio**

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile
Mac Iver 541,
Santiago de Chile
Fono: (56) 22574 05 08

Diseño, diagramación e impresión:
ANDROS IMPRESORES

El análisis de la información de gasto en salud y costo-efectividad de intervenciones sanitarias constituyen un valioso insumo para respaldar los procesos de toma de decisión basados en evidencia. Esta información adquiere mayor relevancia en un contexto de planificación y evaluación de políticas sanitarias permitiendo asegurar un uso más eficiente de los recursos, sobre todo considerando que el gasto en salud en Chile ha ido creciendo los últimos años, representando alrededor de 7,6% del PIB. Si bien este porcentaje sigue estando por debajo del promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), es menester que los diversos actores del sector adopten las acciones necesarias para resguardar un adecuado uso de los recursos.

El primer artículo "Revisión de metodologías y propuesta de distribución de gastos por enfermedad, edad y sexo en el nivel terciario de atención en salud", aborda aspectos metodológicos que enfrentaron diversos países para estimar el gasto en salud por enfermedad y realiza una propuesta para Chile sobre la base de la revisión de literatura y disponibilidad de fuentes de información. Destaca el uso de algunos elementos comunes, como la utilización del Sistema de Cuentas de Salud (System Health Accounts, SHA en sus siglas en inglés) y de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), como clave de utilización para asignar gastos a la atención cerrada, elementos importantes a la hora de establecer un diseño metodológico para nuestro país.

Respecto de la utilización del Sistema de Cuentas de Salud impulsado por la OCDE, el segundo artículo, "El gasto de salud en Chile desde la perspectiva del enfoque de esquemas de financiamiento según la OCDE", aborda los principales cambios metodológicos de la última versión SHA 2011 respecto de la versión 1.0, cuya principal novedad es el cambio de enfoque en el financiamiento de la atención de salud bajo la nueva clasificación de esquemas de financiamiento.

Por último, el artículo "Costo-efectividad de intervenciones sanitarias para la cesación del hábito tabáquico. Revisión sistemática y análisis de transferibilidad de resultados" presenta resultados internacionales de costo-efectividad de cuatro estrategias indicadas para dejar de fumar y de cómo estos resultados pueden ser aplicables o transferibles a nuestro país.

Adicionalmente, en esta edición se presenta una infografía acerca del gasto de bolsillo en salud en Chile y una infografía respecto del impacto económico de las enfermedades no transmisibles en Chile, ambos esquemas derivados de respectivos estudios desarrollados durante el 2015 y que se pueden encontrar en nuestra página web.

Para mayor información de estas y otras temáticas de nuestro quehacer, le invitamos a visitar nuestras páginas: <http://desal.minsal.cl> y <http://ies.minsal.cl>.

Revisión de metodologías y propuesta de distribución de gastos por enfermedad, edad y sexo en el nivel terciario de atención en salud

BERENICE FREILE GUTIÉRREZ¹; ANDREA ARENAS GÓMEZ¹

bfreile@minsal.cl; andrea.arenas@minsal.cl

■ ANTECEDENTES

El análisis de información de gasto en salud desagregado por enfermedad resulta de gran utilidad e interés para diversos actores del sector, como Ministerio de Salud, agencias internacionales, seguros médicos, académicos y otros. También constituye una valiosa fuente de información para avanzar en temas de eficiencia, planificación y gestión del sector, permitiendo apoyar decisiones de financiamiento, priorización de intervenciones, cobertura, conocer tendencias de evolución del gasto, entre otras. Todas estas actividades son relevantes en el contexto de salud pública que enfrentan los países, producto de las transformaciones epidemiológicas, demográficas, sociales y económicas, lo que necesariamente exige un uso más eficiente de los recursos.

En el marco del Sistema de Cuentas de Salud (SCS o SHA²), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha motivado a sus países miembros a desarrollar en los últimos años estadísticas de gasto en salud por tipo de enfermedad. Si bien Chile cuenta con estadísticas económicas de salud comparables internacionalmente para un periodo de más de 12 años, recién el 2013 se comienza a avanzar en el desafío de estimar el gasto en salud por enfermedad, por medio del “Estudio de Revisión de la Metodología para la Distribución del Gasto en Salud por Enfermedad, Edad y Género en el Ámbito Internacional” (1). A inicios del 2016 se comienza a desarrollar el estudio “Distribución de gastos por enfermedad, edad y sexo en el nivel terciario de atención en salud”³, que tiene por objetivo determinar una metodología aplicable a Chile para la distribución del gasto de salud por enfermedad, edad y sexo a nivel terciario de atención y realizar estimación para un año. Se espera que este último estudio, aún en desarrollo, obtenga mejores estimaciones para desagregar el gasto en salud por enfermedad en el país.

El presente artículo aborda algunos productos del estudio antes señalado. Se enfoca en la revisión de literatura

y análisis crítico de las metodologías existentes respecto de la distribución del gasto, tanto a nivel primario, secundario y terciario de atención de salud. Además, se describe la metodología propuesta para Chile según la revisión de experiencias internacionales e información disponible en el país para generar las estimaciones correspondientes a nivel terciario de atención en salud.

■ REVISIÓN DE METODOLOGÍAS Y CASOS

El estudio de referencia busca responder la pregunta “¿Cuáles son las estrategias metodológicas posibles para estimar la distribución de gasto en salud a nivel de país, particularmente en el nivel terciario (hospitalario) de atención?”. Para ello se han incluido artículos primarios publicados durante los últimos años, considerando artículos científicos (Pubmed/MEDLINE, PDC Evidence, Cochrane Library, Econlit, Lilacs y SciELO) y literatura gris (OCDE Library, Health Systems Evidence, Google Scholar y páginas institucionales de ministerios de salud), además de búsquedas manuales. En el estudio se revisaron 618 artículos, seleccionándose 21 para revisión de texto completo e incluyéndose finalmente 15 en el análisis. De esta revisión se detectaron las fuentes de información utilizadas con mayor frecuencia en las experiencias de otros países (Sistema de Cuentas de Salud, encuestas poblacionales y sistemas de información y registro), además de describir las distintas aproximaciones metodológicas con sus fortalezas y debilidades. El detalle de la revisión y sus principales hallazgos se encuentra en la Tabla 1.

En el mundo se han desarrollado diversas metodologías y sistemas de información que permiten conocer cómo y cuánto se gasta en salud. Destaca la iniciativa desarrollada por la OCDE, SHA, esta consiste en un modelo de contabilidad para cuantificar, describir y analizar los gastos en salud y su financiamiento. Este ha sido implementado en varios países y constituye una referencia, ya que sus recomendaciones surgen del consenso de grupos de trabajo conformados por expertos y representantes de

¹ Profesional Departamento Economía de la Salud (DESAL), División de Planificación Sanitaria, MINSAL.

² System of Health Accounts

³ Estudio adjudicado a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Los resultados están en desarrollo.

Tabla 1.
Resumen comparativo y síntesis de revisión bibliográfica de artículos

Título	Tipo	País	Años de seguimiento	Fuentes de información	Nivel de los datos utilizados	Metodología y etapas de la estimación	Fortalezas	Debilidades
Allocating Medical Expenditures: A Treatment-of-Disease Organizing Framework (2)	Capítulo libro	Estados Unidos	NA	Encuestas de gastos (microdatos), cuentas nacionales, información de seguros y reembolsos.	Primario, secundario y terciario.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Identificar costos totales. 2) Crear grupos diagnósticos excluyentes. 3) Definir los casos / grupos a asignar gastos. 4) Identificar una encuesta de gastos en salud (en el caso de Estados Unidos MEPS y MCBS) que permita vincular gastos a condiciones de salud. 5) Generar una fuente de información analítica combinada. 6) Definir un sistema de clasificación de enfermedades según la disponibilidad de datos. 7) En caso de no poder utilizar información desde encuestas, otra alternativa es utilizar datos de seguros o reembolsos médicos. 	Revisión metodológica acerca de estrategias de estimación a partir de la realidad de sistemas de registros e información de Estados Unidos.	No realiza estimación.
Cost of illness: An international comparison Australia, Canada, France, Germany and The Netherlands (3)	Artículo	Australia, Canadá, Francia, Alemania, Holanda.	No mencionado	Comparación de estudios de nivel nacional de costos de enfermedad, utilizando información del sistema de cuentas de salud (SHA).	Primario, secundario y terciario.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Estimación del total de gastos en salud. 2) Estimación de los gastos en salud por proveedor en subgrupos de costos más o menos homogéneos. 3) Construcción de indicadores que representan usos equivalentes de servicios de salud por enfermedad, sexo y edad para cada proveedor o subgrupo. 4) Combinación del paso dos y tres para calcular los costos de enfermedad. 	Utilización de datos de varios países, avanzado en una metodología común.	Autores mencionan que una comparación comprensiva de todos los gastos en salud no es posible de lograr por ahora (solo curativo).
The cost of Mental Health and Substance Abuse services in Canada (4)	Reporte nacional	Canadá	Año fiscal 2007-2008	Datos de atención cerrada hospitalaria y datos de reembolsos médicos. Datos de IMS-Health para gasto farmacéutico. Gastos de pensiones fueron obtenidos de fuentes específicas.	Primario, secundario y terciario.	No se detallan claramente los pasos de la estimación, pero sí se describen con detalle las fuentes de información para cada tipo de gasto incluido (consultas, hospitalizaciones, urgencias, servicios comunitarios, fármacos). Para varios de ellos existen registros que vinculan directamente gastos con enfermedades específicas. Para hospitalizaciones se usa una aproximación a base del costo promedio del egreso, utilizando pesos de un sistema tipo GRD (CMG) como ponderadores.	Cuentan con información de alta calidad para cada uno de los componentes. Incluyen algo de información de atención primaria.	ND
The cost of mental illness(5)	Capítulo libro / reporte internacional	Países OCDE	Anual, diferente según país	Estudios nacionales publicados y no, publicados de distribución de gasto en países de la OCDE.	No explicitado	No describen metodologías, se revisa y analiza datos obtenidos en estudios de nivel nacional. Se menciona la International Short List of Hospital Morbidity Tabulation (ISHMT) como una forma de categorización útil para agrupar códigos CIE-10.	ND	ND
What is the impact of non-communicable diseases on national health expenditures: a synthesis of available data(6)	Reporte internacional	13 países	Anual, diferente según país	Estudios de nivel nacional con datos del sistema de cuentas nacionales, asociado a claves de utilización derivados de otros estudios primarios.	No explicitado, pareciera incorporar datos de los tres niveles	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuentas Nacionales de Salud mediante un análisis de distribución de enfermedades (NHA-DDA). 2. Estudios de costos de enfermedad (Cost-of-illness). <p>Encuentran solo 18 países que han utilizado el INHA-DDA approach.</p>	Revisión extensa de estudios nacionales, exponiendo dos aproximaciones metodológicas posibles.	No realizan estimación directamente, si no que revisan experiencia previa y sintetizan resultados.

continuación Tabla 1

Título	Tipo	País	Años de seguimiento	Fuentes de información	Nivel de los datos utilizados	Metodología y etapas de la estimación	Fortalezas	Debilidades
Health system expenditure on cardiovascular disease and injury in Australia, 2004-05(7)	Reporte nacional	Australia	2004 - 2005	Estadísticas nacionales de hospitalizaciones y egresos, encuestas poblacionales con datos de gasto y condiciones de salud.	Primario, secundario y terciario.	Para el gasto hospitalario público se asigna un costo estimado a cada egreso utilizando pesos obtenidos de GRD y días de estada. El costo hospitalario de cada centro se utiliza para ajustar la estimación realizada por medio de GRD. El sector privado, el nivel primario y fármacos se estima a partir de encuestas.	Se incorporan varias fuentes de información. Existe información obtenida desde los registros de los médicos generales GP.	Elementos metodológicos no son muy claros. Logran incorporar 70% del gasto en salud. Cambios metodológicos en el tiempo dificultan la comparabilidad longitudinal.
Health-care expenditure on cardiovascular diseases 2008-09(8)	Reporte nacional	Australia	2008 - 2009	Información de la Disease Expenditure Database que combina múltiples fuentes de información, las que permiten estimar gasto por grupo de edad, sexo, y enfermedad.	Primario, secundario y terciario.	Gasto hospitalario se estima desde Disease Expenditure Database (no se describe metodología). Para prestaciones ambulatorias y uso de medicamentos se utiliza información de encuestas para determinar claves de utilización.	Buen nivel de desagregación, con múltiples fuentes de información.	Se imputan distribución de consultas de GP a especialidad. Logran incorporar 70% del gasto en salud.
Health system expenditure on cancer and other neoplasms in Australia, 2008-09(9)	Reporte nacional	Australia	2008 - 2009	Información de la Disease Expenditure Database que combina múltiples fuentes de información, las que permiten estimar gasto por grupo de edad, sexo, y enfermedad.	Primario, secundario y terciario.	Para el gasto hospitalario público se asigna un costo estimado a cada egreso utilizando pesos obtenidos de GRD y días de estada. El sector privado y fármacos se estima a partir de encuestas. Para el gasto ambulatorio utilizan bases de datos de utilización de la Universidad de Sydney (Clasificador ICP2) y encuestas.	Buen nivel de desagregación, con múltiples fuentes de información.	Logran incorporar 70% del gasto en salud.
A cross-national perspective on cost of illness (10)	Artículo	Holanda, Australia, Canadá, Alemania, Reino Unido y Suecia.	Anual diferente según país	Estudios de nivel nacional de costo de enfermedad.	Primario, secundario y terciario.	Todos los estudios utilizan metodología top-down para los gastos hospitalarios y en profesionales médicos. Para fármacos se realiza a partir de consulta a expertos o a base de datos de prescripción. Existen importantes diferencias en las metodologías entre los países, lo que dificulta la comparabilidad.	ND	ND
National Health Spending By Medical Condition, 1996-2005(11)	Artículo	Estados Unidos	1996 - 2005	Sistema de cuentas nacionales y encuestas poblacionales (MEPS, NNHS, SAMHSA).	Primario, secundario y terciario.	1) Se definen gastos totales a partir de sistema de cuentas nacionales para cada tipo de servicio. 2) Pesos para cada condición se obtienen de estrategia bottom-up a partir de cuentas individuales, para los diferentes tipos de gastos incorporados.	La disponibilidad de información asociada a encuestas de usuarios permite contar con información desagregada a nivel individual. Incorpora 92% de los gastos.	Información basada en autorreporte. Gastos catastróficos en particular podrían estar infrarrepresentados.
Expenditure on prevention and care by disease in France(12)	Reporte	Francia	2002	Utilizan como base los datos de cuentas nacionales de salud, utilizando varias bases de datos para distribuir los gastos.	Primario, secundario y terciario.	1) Estimación de gastos a partir de SCN, utilizando categorías HP y HC. 2) Identificación de fuentes para asignar claves de distribución. 3) Ajuste por cobertura de atención. 4) Definiciones para la asignación de gastos de prestaciones entre varios diagnósticos para casos de comorbilidad, acorde a cada tipo de gasto.	Logran asignar 87% des-agregado según tipo de atención (ambulatoria, hospitalizado, medicamentos y otros bienes, transporte).	No desagregan por edad, existen elementos metodológicos no mencionados. Para exámenes existen serias limitaciones.

continuación Tabla 1

Título	Tipo	País	Años de seguimiento	Fuentes de información	Nivel de los datos utilizados	Metodología y etapas de la estimación	Fortalezas	Debilidades
Which Medical Conditions Account For The Rise in Health Care Spending?(13)	Artículo	Estados Unidos	Comparación 1987 y 2000	Utilizan la información obtenida en las cuentas nacionales de salud y otras bases de datos para redistribuir por grupo de enfermedad.	Primario, secundario y terciario	Se comienza desde la información del sistema nacional de cuentas de salud. El gasto específico por sexo, edad y diagnóstico distribuyendo el peso relativo anual del número de prestaciones, de acuerdo con las obtenidas desde las fuentes de información referidas.	Asignan 87% del gasto, desagregando por los tipos más frecuentes de atenciones.	El gasto asociado a uso de servicios se clasifica de acuerdo con el primer diagnóstico de los registros médicos, por tanto la contribución de las comorbilidades al gasto es ignorado.
Introducing the New BEA Health Care Satellite Account(14)	Reporte	Estados Unidos	2010	Bases de datos de encuestas (MEPS, MarketScan(i) y datos de cuentas de Medicare.	Primario, secundario y terciario	Se incluyen dos fuentes de datos: información proveniente de MEPS, y posteriormente se genera una base de datos mezclada o blended, que incluye además información de otras fuentes, constituyendo por tanto una estrategia bottom-up.	Se utilizan distintas bases de datos y una aproximación bottom up que puede ser más precisa.	No desglosan gasto por medicamentos. Usan distintos años de encuestas (comparabilidad). Imputan distribución de gasto observado en microdato al gasto total.
Medical Expenditures for Major Diseases, 1995(15)	Artículo	Estados Unidos	1995	Utilizan la información obtenida en las cuentas nacionales de salud y otras bases de datos para redistribuir por grupo de enfermedad.	Primario, secundario y terciario	Se comienza desde la información del sistema nacional de cuentas de salud. El gasto específico por sexo, edad y diagnóstico distribuyendo el peso relativo anual del número de prestaciones, de acuerdo con las obtenidas desde las fuentes de información referidas.	Asignan 87% del gasto, desagregando por los tipos más frecuentes de atenciones.	El gasto asociado a uso de servicios se clasifica de acuerdo con el primer diagnóstico de los registros médicos, por lo que las comorbilidades son ignoradas en el gasto.
Calculating disease-based medical care expenditure indexes for medicare beneficiaries: a comparison of method and data choices(16)	Reporte	Estados Unidos	2001 - 2009	Medicare current beneficiary survey (MCBS), Medicare claims, Medical expenditure Panel Survey (MEPS).	Primario, secundario y terciario	Dos métodos: 1) Basado en regresión: Se modeló el gasto total individual por año, como función del gasto asociado a diagnóstico de los individuos y se construye, sin especificar la metodología, el gasto promedio, mediante tasas según grupo de enfermedad. Así el gasto individual se promedia. 2) Diagnóstico primario: Método bottom-up basado en la información de diagnósticos asociados a demanda expresada en encuestas.	Utilizan y comparan diversas fuentes de información. Comparan dos métodos y obtienen conclusiones que permiten profundizar en la línea de investigación.	No se exploró el ámbito de la demanda de usuarios de Medicare para fármacos y medicamentos.

Elaboración propia, basado en el "Informe final distribución del gasto de salud por enfermedad, edad y sexo a nivel terciario de atención en Chile, año 2014", en etapa de desarrollo.

países y organizaciones internacionales. En efecto, la metodología más utilizada en los estudios analizados está basada en esta iniciativa y su posterior análisis de distribución del gasto. Este método permite lograr una mejor aproximación de los gastos en salud para la totalidad de las enfermedades del sistema. La segunda metodología utilizada es bajo el enfoque de los estudios de costos de enfermedad (*cost-of-illness*) basados en prevalencia o incidencia, método que sería más adecuado cuando se busca llegar a cifras asociadas solo a determinados grupos diagnósticos o enfermedades específicas.

En la revisión de metodologías realizada también se abordó la utilización del análisis de costos: *top-down*, *bottom-up* o mixto. En este ámbito se determinó que la mayoría de los estudios identificados utiliza aproximaciones *top-down*, es decir, partiendo desde los datos de gasto obtenidos del SHA y luego efectuando la distribución de los gastos mediante claves de utilización o proporciones obtenidas desde otras fuentes. Unos pocos, particularmente en EE.UU., realizan estimaciones mixtas o *bottom-up*, este último a partir de microdatos de encuestas poblacionales o información de registros clínicos y sistemas de reembolso de seguros.

Algunos elementos metodológicos que utilizan enfoque *top-down* en los estudios analizados son:

- Identificación de los gastos totales a ser distribuidos separados entre niveles de prestadores y tipos de prestaciones. Esto se hace intersectando las dimensiones de la clasificación de funciones o atenciones de salud (Health Care-HC) y proveedores de salud (Health Provider-HP) del Sistema de Cuentas de Salud.
- Delimitación de las clasificaciones diagnósticas, usando por ejemplo el clasificador internacional de enfermedades CIE-10, y grupos etarios a ser considerados.
- Identificación de subgrupos de gastos más o menos homogéneos, como información de egresos hospitalarios y días de estada hasta el uso más frecuente de Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD), para el caso hospitalario.
- Definición de una estrategia para asignar gastos si se cumple más de un diagnóstico vinculado a una prestación de nivel hospitalario (egreso), o bien si no existen los datos que permitan hacer el nexo entre ellos, desarrollando una función o clave de utilización de datos de registros o encuestas nacionales.

Un segundo análisis comparativo se efectuó para las experiencias de los países de Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia y Holanda. A base de ellas se indica que no existe un marco metodológico único para determinar la distribución del gasto de salud por enfermedad, edad

y sexo a nivel terciario de atención. No obstante, existen distintas guías, especialmente aquellas provenientes de la OCDE para distribuir los gastos. Existen algunos elementos comunes como el uso del SHA o la utilización de GRD para asignar gastos a la atención cerrada, como parte del diseño metodológico a nivel nacional.

Por último, se efectuó un análisis crítico de las fuentes de información disponibles en Chile para el nivel terciario de atención de salud, entre las que se incluyen las señaladas previamente y además las bases de egresos hospitalarios, los sistemas de información y registros de utilización de prestaciones, junto con las encuestas poblacionales CASEN⁴ y EPF⁵, lo que permitiría avanzar en la distribución del gasto en salud hacia niveles de mayor desagregación. Estas fuentes de información se pueden apreciar en la Tabla 2.

Sobre la base de la posibilidad de obtener gastos y claves de distribución a partir de la información disponible, se generó una propuesta metodológica para Chile, la que se presenta a continuación.

■ PROPUESTA METODOLÓGICA PARA DISTRIBUIR EL GASTO POR ENFERMEDAD, EDAD Y SEXO EN CHILE

La propuesta metodológica de distribución de gastos para el nivel terciario de atención en salud considera específicamente los gastos directos en salud, por categorías de enfermedad CIE-10, estratificados por sexo y edad, para el 2014, asociados a los servicios de salud provistos por prestadores que corresponden a la categoría HP1 del SHA. Es importante señalar que, debido a la disponibilidad de información en Chile, la propuesta aborda solamente la distribución del gasto a nivel de atención cerrada de salud (cuadrante A de la Tabla 3).

Los prestadores que incluye la categoría HP1 del SHA se describen a continuación:

- **HP1.1. Hospitales generales:** considera los hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) u hospitales públicos, clínicas y hospitales del sector privado y hospitales institucionales (FF.AA. y de Orden).
- **HP1.2. Hospitales de salud mental:** considera hospitales del SNSS.
- **HP1.3. Hospitales de especialidad:** considera hospitales del SNSS y red de hospitales de las mutuales de seguridad del trabajo.

En términos generales, en el estudio se revisaron las categorías por función (HC) del SHA para determinar los tipos de atención que son provistos en este tipo de

⁴ Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, Ministerio de Desarrollo Social.

⁵ Encuesta de Presupuestos Familiares, INE.

Tabla 2.
Fuentes de datos analizadas

Sistemas de información y registro		
Tipo	Nombre	Origen
Nacionales	Base de egresos hospitalarios	MINSAL ⁶
	Registros estadísticos mensuales	MINSAL
	Sistema de Cuentas de Salud	MINSAL
Sector Público	Grupos relacionados a diagnósticos	MINSAL
	WinSIG	MINSAL
	Archivo Maestro MLE FONASA	FONASA ⁷
	Informes presupuestarios FONASA	FONASA
	Arancel Modalidad de Atención Institucional (MAI)	FONASA
	Arancel Modalidad Libre Elección (MLE)	FONASA
Sector Privado	Registros Clínicos Electrónicos	MINSAL
	Archivos Maestros Superintendencia de Salud	Superintendencia de Salud
	Base de datos IMS Health	IMS Health
Otros sectores	Registros clínicos electrónicos	Prestadores privados
	Sistemas de gestión y contables hospitales institucionales	DIPRECA ⁸ – JEAFOALE ⁹ – CAPREDE-NA ¹⁰ . Hospitales Institucionales.
	Sistemas de gestión y contables Mutuales	Mutuales – Superintendencia de Seguridad Social
Encuestas Poblacionales		
Nacionales	Encuesta Nacional de Salud	MINSAL
	Encuesta de Presupuestos Familiares	INE ¹¹
	Encuesta CASEN	Ministerio Desarrollo Social

prestadores y así construir todas las unidades de costeo homogéneas a incluir en el estudio. De acuerdo con la OCDE, se entiende por unidades de costeo homogéneas, unidades funcionales de costos que resultan de la intersección de las categorías HC x HP, las que se muestran en la Tabla 3 mediante las letras A, B, C, D y E. Los objetivos de organizar el análisis de esta forma apuntan a conseguir exhaustividad en el análisis y no generar doble conteo de algunos tipos de gasto, además de lograr comparabilidad con otros países de la OCDE.

Respecto de las categorías por función consideradas para el estudio, se establecen las siguientes definiciones:

- **HC1.1. Atenciones curativas cerradas:** corresponde al gasto en atención cerrada en centros de atención terciaria.
- **HC1.2. Atenciones curativas de día:** corresponde al gasto en atención de día en prestadores del nivel terciario, como cirugía mayor ambulatoria y otras actividades complejas como hemodiálisis, quimioterapia, endoscopias, etcétera.
- **HC1.3. Atenciones curativas abiertas:** corresponde al gasto en consultas ambulatorias generales y de especialidad y atenciones de urgencia, tanto médicas como dentales.
- **HC4.1. y 4.2. Laboratorio e imagenología:** este subgrupo de prestaciones corresponde al total de

⁶ Ministerio de Salud de Chile.

⁷ Fondo Nacional de Salud de Chile.

⁸ Dirección de Previsión de Carabineros de Chile.

⁹ Jefatura Ejecutiva de Administración de los Fondos de Salud del Ejército.

¹⁰ Caja de Previsión de la Defensa Nacional.

¹¹ Instituto Nacional de Estadísticas.

Tabla 3.
Categorías de intersecciones HC x HP consideradas según SHA

	HP.1.1 Hospitales generales	HP.1.2 Hospitales de salud mental	HP.1.3 Hospitales de especialidad
HC1.1. Atenciones curativas cerradas		A	
HC1.1.1. Atenciones curativas cerradas generales			
HC1.1.2. Atenciones curativas cerradas de especialidad			
HC1.2. Atenciones curativas de día		B	
HC1.2.1. Atenciones curativas de día generales			
HC1.2.2. Atenciones curativas de día de especialidad			
HC1.3. Atenciones curativas abiertas		C	
HC1.3.1. Atenciones curativas abiertas generales			
HC1.3.2. Atenciones curativas abiertas dentales			
HC1.3.3. Atenciones curativas abiertas de especialidad			
HC4. Servicios de apoyo diagnóstico terapéutico		D	
HC4.1. Laboratorio			
HC4.2. Imagenología			
HC5. Bienes de consumo, no especificados		E	
HC5.1. Fármacos y otros bienes de consumo			
HC5.1.1. Medicamentos con prescripción			
HC5.1.3. Otros bienes			

códigos de prestaciones definidas por FONASA entregadas a nivel terciario, descontando aquellas entregadas en modalidad atención de día (exámenes de mayor complejidad, habitualmente de carácter intervencional o que mezclan acciones diagnósticas y terapéuticas como las endoscopias). Se descuentan además los gastos de exámenes y de laboratorio de atención cerrada.

- **HC5.1.1. Medicamentos con prescripción:** en este subgrupo se excluye el gasto farmacéutico asociado a prestaciones en modalidad de atención cerrada o atención de día, estas son incorporadas a la cuenta respectiva, como resulta en el caso de la quimioterapia.

Si bien se determina que solo será posible distribuir los gastos para el cuadrante A, correspondiente a la atención cerrada (HC1.1.) del sector público y privado de salud, en el estudio también se proponen algunas alternativas metodológicas para realizar estimaciones para las demás categorías. Por ejemplo, en el caso de las atenciones curativas de día (HC1.2.) para el caso de los hospitales del SNSS se propuso asignar los gastos de centros de costos vinculados con actividades claramente relacionadas a un grupo diagnóstico CIE-10 (por ejemplo, endoscopias al código K00-K93 enfermedades del aparato digestivo), sin ser posible desagregar por edad y sexo. En otros casos se propuso construir claves de distribución a partir

de la distribución de consultas por sexo, edad y diagnóstico obtenida a base de una muestra de hospitales con registro electrónico de consultas médicas.

A continuación se describe la metodología específica propuesta.

■ DISTRIBUCIÓN DEL GASTO POR ENFERMEDAD, EDAD Y SEXO PARA LA FUNCIÓN HC1.1. - ATENCIONES CURATIVAS CERRADAS

Considerando que se cuenta con distintas fuentes de información y seguros de salud para el sector público y privado, el estudio propone distintas metodologías para la estimación del gasto agregado y generación de claves de distribución.

METODOLOGÍA PROPUESTA PARA EL SECTOR PÚBLICO

En este nivel se considera el gasto de todos los establecimientos del sector público dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

Las fuentes de información para obtener el gasto agregado provienen primordialmente del sistema

winSIG¹², utilizado actualmente por 62 hospitales autogestionados del país (de 197), los que reflejan el total de su actividad en información de costos del sistema. Asimismo, estos 62 hospitales autogestionados han incorporado clasificaciones para el 100% de sus egresos hospitalarios a base del sistema GRD, lo que representa aproximadamente 80% del total de egresos del país.

Bajo estas consideraciones, en el estudio se propone básicamente dos metodologías para determinar el gasto agregado de la atención cerrada de salud en el sector público:

1. Para hospitales con winSIG. Seleccionar el gasto agregado de todos los centros de costos finales categorizados como atención cerrada.
2. Para hospitales sin winSIG. De acuerdo a juicio experto, asignar a cada hospital un porcentaje de gasto en atención cerrada homologado con los hospitales en los que sí existe winSIG.

Además se proponen tres aproximaciones metodológicas para definir las claves de distribución del gasto en atención cerrada:

1. Para hospitales con GRD (hospitales autogestionados). Generar claves de distribución mediante los pesos relativos de cada egreso de cada centro. Cabe señalar que el peso de cada GRD es una estimación del consumo de recursos durante un episodio completo de hospitalización.
2. Para hospitales sin GRD pero con casuística relativamente homogénea en consumo de recursos, como por ejemplo hospitales de salud mental y hospitales de especialidad, se propone generar claves de distribución mediante el gasto por día cama para cada egreso. Específicamente se propone calcular un gasto *per diem* utilizando como fuente de información la base de egresos hospitalarios 2014 del DEIS¹³.
3. Para el resto de los hospitales generales sin GRD (la mayoría de los hospitales de mediana y todos los de baja complejidad), se propone realizar una imputación de pesos GRD a partir de los estratos de diagnóstico, edad y sexo observados en los hospitales con GRD, asumiendo el peso mínimo observado para cada estrato.

METODOLOGÍA PROPUESTA PARA EL SECTOR PRIVADO

Las fuentes de información para obtener el gasto agregado del sector privado provienen de la Superintendencia de Salud y de FONASA. Se definieron dos grupos de

gasto dentro del sector privado: el gasto proveniente de beneficiarios ISAPRE y el gasto proveniente de beneficiarios FONASA.

El gasto de beneficiarios ISAPRE se obtiene a partir de la base de egresos y base de prestaciones de la Superintendencia de Salud. Al vincular ambas bases es posible diferenciar todas aquellas prestaciones, y por tal razón el gasto, asociado a actividad de atención cerrada. Asimismo ambas bases permiten relacionar información de gasto facturado por beneficiario por egreso hospitalario, asociado a diagnósticos CIE-10. Para desagregar por sexo y edad se debe vincular esta información a la base de datos de beneficiarios de la Superintendencia de Salud.

Por su parte, el gasto en el sector privado de beneficiarios FONASA proviene de distintos tipos de mecanismos de pago establecidos por el seguro público:

1. Modalidad Libre Elección (MLE), que corresponde a prestaciones bonificadas en el sistema privado, la que incluye:
 - El Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), un tipo de prestaciones especial en donde se paga una canasta de prestaciones asociada a la resolución de un diagnóstico específico.
 - Gasto en atención cerrada, que corresponde solo al 2% del total del gasto por este tipo de prestaciones en 2013.
2. Compra de camas hospitalarias que realizan directamente los Servicios de Salud y hospitales públicos al sector privado.
3. Compra de camas mediante la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC). Los Servicios de Salud que requieren derivar pacientes debido a la ausencia de capacidad en la red pública hacen llegar una solicitud de cama por medio de la UGCC de la División de Gestión de Redes Asistenciales (DIGERA) del MINSAL, la que se encarga de coordinar y gestionar la derivación a los prestadores privados en convenio¹⁴.
4. Compra de prestaciones de Bono AUGÉ. Cuando la garantía de oportunidad de los problemas de salud incluidos en el GES no logra ser resuelta por los Servicios de Salud, FONASA tiene un lapso de 48 horas desde la recepción del reclamo de incumplimiento para resolverlo, derivando al paciente a un prestador de la red pública o a un prestador privado.
5. Compra de diálisis realizada por FONASA a prestadores privados.

¹² WinSIG es la versión para Windows del Sistema de Información Gerencial (SIG) desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Mediante las definiciones de unidades o centros de costos, por ejemplo, un servicio clínico permite realizar un costeo por absorción de las actividades desarrolladas por los hospitales públicos.

¹³ Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL.

¹⁴ Para la compra de camas integrales, FONASA elabora y licita convenios con distintas instituciones privadas.

■ CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Según la evidencia internacional, no existe una metodología única para distribuir el gasto por enfermedad, edad y sexo. En la mayoría de los países se realizan estimaciones a partir del SHA y el sistema GRD para la atención cerrada, lo que permite compararnos internacionalmente. Sin embargo, como todos los países tienen diferentes modelos de atención y seguridad social, y además no existen metodologías estandarizadas, se debe tener especial cuidado a la hora de interpretar los resultados.

Los estudios seleccionados y casos de países analizados tienen la particularidad de disponer de fuentes de información de alta calidad, además de encuestas o registros específicos que permiten desagregar el gasto por grupos diagnósticos y otras variables relevantes. Este punto fue una de las principales debilidades encontradas en Chile, ya que, debido a las fuentes de información disponibles en la actualidad, solo fue posible proponer una metodología para distribuir el gasto de la atención cerrada de salud.

La estrategia que se espera desarrollar a futuro para distribuir el gasto agregado para las demás funciones HC, esto es, consultas ambulatorias, urgencias, exámenes, fármacos y exámenes de laboratorio, es a partir de claves de utilización obtenidas desde registros de tipo cuenta corriente, o de fichas clínicas electrónicas con registro de actividad asociada a CIE-10, para lo que resulta indispensable el acceso a la estrategia SIDRA, "Sistemas de Información de la Red Asistencial", en el ámbito del sector público.

■ REFERENCIAS

1. MINSAL, 2014. "Estudio de Revisión de la Metodología para la Distribución del Gasto en Salud por Enfermedad, Edad y Género en el Ámbito Internacional". Disponible en: <http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2013/09/DISTRIBUCIONGASTOSALUDPORENFER.pdf>
2. National Research Council (US) Panel to Advance a Research Program on the Design of National Health Accounts. Allocating Medical Expenditures: A Treatment-of-Disease Organizing Framework. Accounting for Health and Health Care: Approaches to Measuring the Sources and Costs of Their Improvement. Washington DC: National Academies Press (US); 2010. p. 1-19.
3. Heijink R, Noethen M, Renaud T, Koopmanschap M, Polder J. Cost of illness: An international comparison Australia, Canada, France, Germany and The Netherlands. Health Policy (New York). 2008; 88: 49-61.
4. Jacobs P, Dewa C, Lesage A, Vasiliadis H-M, Escobar C, Mulvale G, et al. The cost of mental health and substance abuse services in Canada. Alberta; 2010.
5. OECD. The cost of mental illness. Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. Paris: OECD Publishing; 2014. p. 31-51.
6. Garg C, Evans D. What is the impact of non-communicable diseases on National Health Expenditures: A synthesis of available data. Health Systems Financing. Geneva; 2011. Report No.: Discussion Paper No 3.
7. Australian Institute of Health and Welfare. Health system expenditure on disease and injury in Australia, 2004-05. Canberra; 2010.
8. Australian Institute of Health and Welfare. Health-care expenditure on cardiovascular diseases 2008-09. Canberra; 2014.
9. Australian Institute of Health and Welfare. Health system expenditure on cancer and other neoplasms in Australia: 2008-09. Canberra; 2013.
10. Polder JJ, Meerding WJ, Bonneux L, Maas PJ. A cross-national perspective on cost of illness. Eur J Heal Econ. 2005; 6(April): 223-32.
11. Roehrig C, Miller G, Lake C, Bryant J. National health spending by medical condition, 1996-2005. Health Aff. 2009;28(2):w358-67.
12. Fémina A, Geffroy Y, Minc C, Renaud T, Sarlon E, Sermet C. Expenditure on prevention and care by disease in France. Quest d'économie la santé-Heal Econ Lett. 2006; 111(July): 1-8.
13. Thorpe KE. Which Medical Conditions Account For The Rise In Health Care Spending?. Health Aff. 2004; W4: 437-45.
14. Dunn A, Rittmueller L, Whitmire B. Introducing the New BEA Health Care Satellite Account. Surv Curr Bus. 2015; 95(1): 1-21.
15. Hodgson TA, Cohen AJ. Medical care expenditures for major diseases, 1995. Health Care Financ Rev. 1999; 21(2): 119-64.
16. Hall AE, Highfill T. Calculating Disease-Based Medical Care Expenditure Indexes for Medicare Beneficiaries: A Comparison of Method and Data Choices. Washington DC; 2014.

El gasto de salud en Chile desde la perspectiva del enfoque de esquemas de financiamiento según la OCDE

ALAIN PALACIOS QUEZADA¹⁵; SANTIAGO FERNÁNDEZ DAUDET^{16 17}

apalacios@minsal.cl; santiago.fernandez@minsal.cl

■ INTRODUCCIÓN

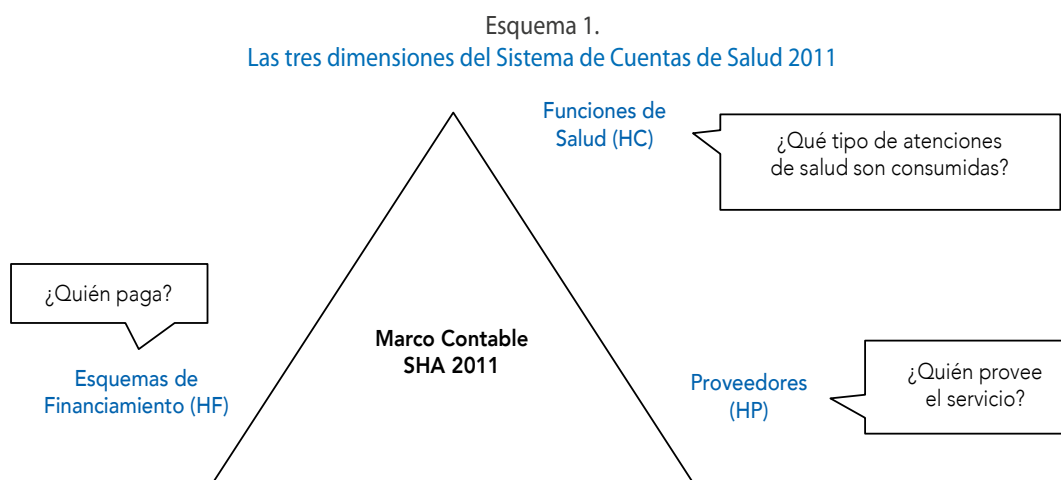
Los sistemas de salud de los países evolucionan diariamente para responder al gran desafío de proveer prestaciones de salud a toda la población teniendo en cuenta los cambios demográficos, epidemiológicos, mejoras tecnológicas y mayor información, entre otros factores, y al mismo tiempo cumplir con los objetivos más comunes de los sistemas sanitarios relacionados a la equidad, la eficiencia y la efectividad (OMS, 2014). De este mismo modo, las cuentas de salud deben también adaptarse a estos cambios debido al rol fundamental que estas cumplen como apoyo en la formulación de políticas públicas para el mejoramiento continuo de la salud de los países.

En esa línea, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) propuso el Sistema de Cuentas de Salud (System Health Accounts, SHA, en sus siglas en inglés) que funciona como un marco de referencia para lograr una descripción sistemática de los flujos financieros relacionados con la atención de salud y cuyo propósito es describir el sistema de atención de salud

desde la perspectiva del gasto, tanto para fines nacionales como internacionales (OMS, 2014).

La primera publicación del Sistema de Cuentas de Salud ocurrió el 2000 en su versión 1.0. Una década más tarde y con la experiencia ganada de los países en el campo de la contabilidad de la salud, los expertos de la OCDE, en conjunto con la OMS y Eurostat, elaboraron la versión SHA 2011 que recoge los comentarios de los expertos nacionales e internacionales y corrige muchas de las deficiencias de su anterior versión (OMS, 2014).

El SHA 2011 refuerza el enfoque triaxial de la versión 1.0, la que tiene como fundamento principal que todo lo que se consume se ha producido y también financiado previamente (esquema 1) y ofrece una visión más completa de la clasificación de funciones en áreas como la prevención y la atención de larga duración. Sin embargo, la novedad principal del SHA 2011 respecto de la versión 1.0 es el cambio de enfoque en el financiamiento de la atención de salud bajo la nueva clasificación de esquemas de financiamiento.



Fuente: Elaboración propia a base de OMS 2014.

¹⁵ Jefe Departamento de Economía de la Salud (DESAL), División de Planificación Sanitaria, MINSAL.

¹⁶ Profesional Oficina de información Económica en Salud (IES), Departamento Economía de la Salud, División de Planificación Sanitaria, MINSAL.

¹⁷ Los autores agradecen los comentarios de Gloria Farías, Romina Leal y Andrea Arenas, profesionales del Departamento de Economía de la Salud (DESAL) y Victoria Hurtado, profesional del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA), División de Planificación Sanitaria, MINSAL.

El objetivo de este artículo es presentar los cambios metodológicos que propone el nuevo manual del Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE específicamente en el ámbito del financiamiento, ya que es una de las áreas que presenta los cambios más importantes respecto de su anterior versión del 2000. En este sentido resulta relevante para Chile determinar la magnitud de estos cambios en la determinación del gasto nacional en salud, especialmente en la desagregación de los esquemas de financiamiento de salud.

■ FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN EL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD 2011

El SHA 2011 desarrolla su análisis desde el punto de vista de la financiación de los servicios de salud, para evaluar de forma sistemática cómo se movilizan, gestionan y utilizan los fondos mediante tres dimensiones que se relacionan: los esquemas de financiamiento, los ingresos de los esquemas de financiamiento y los agentes de financiamiento. Las tres clasificaciones son las herramientas para disponer de unas cuentas más exhaustivas del financiamiento de los servicios de salud (OMS, 2014).

En esta sección se presentan las clasificaciones de los esquemas de financiamiento, ingresos de dichos esquemas y agentes de financiación, señalando los principales cambios para nuestro país y algunos resultados para el año 2014, usando la nueva metodología.

ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO

Los esquemas de financiamiento de la salud son los principales "módulos" de la estructura funcional del sistema de financiamiento de la salud: los principales mecanismos de financiamiento con los que se pagan los servicios de salud que la población recibe (OMS, 2014).

Existen cuatro esquemas, como se puede apreciar en la Tabla 1: esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de salud contributivos y obligatorios (HF1.), esquemas de pago voluntario de servicios de salud (HF2.), gasto directo de los hogares (HF3.) y esquemas de financiamiento del resto del mundo (HF4.).

El esquema gubernamental y de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios (HF1.) considera todos los esquemas que garantizan el acceso a las atenciones básicas de salud de toda la sociedad en su conjunto, o de algunos grupos vulnerables de la población. Incluye esquemas gubernamentales (HF1.1.), esquemas de seguros obligatorios contributivos (HF1.2.) y cuentas de ahorros médicos obligatorios (HF1.3.).

En esta primera clasificación se puede apreciar la diferencia en la contribución a partir de aquellos sistemas de salud que se financian exclusivamente vía impuestos generales de aquellos que lo hacen en forma mixta por medio de contribuciones obligatorias e impuestos, como es el caso de Chile.

El esquema de pagos voluntarios de servicios de salud (HF2.) considera todos los esquemas de financiamiento de la salud mediante prepago, en los que el acceso a los servicios de salud está a discreción de organismos privados. Incluye seguros de salud voluntarios (HF2.1.), esquemas de financiamiento de instituciones sin fines de lucro (HF2.2.) y esquemas de financiamiento de empresas (HF2.3.).

A diferencia de la anterior clasificación, el foco está en las contribuciones voluntarias que realizan los hogares, empleadores y otros agentes de financiamiento.

El gasto directo de los hogares (HF3.) se diferencia en que se trata de un pago directo por un servicio recibido, que proviene del ingreso de los hogares o de sus ahorros y no de terceros. Incluyen los gastos directos excluidos los pagos compartidos y los costos compartidos con terceros (copagos) (OMS, 2014).

Finalmente, los esquemas de financiamiento del resto del mundo (HF4.) comprenden los modelos de financiamiento de las unidades institucionales que residen en el extranjero, pero que recaudan, mancomunan recursos y compran bienes y servicios de salud para los residentes, sin transferir sus fondos mediante un esquema radicado en el país (OMS, 2014).

Las ISAPRES en la clasificación de esquemas de financiamiento

La clasificación de los esquemas de financiamiento en el SHA 2011 señala claramente un desafío para las estadísticas de gasto en salud para nuestro país, debido a que presenta un cambio importante en reconocer y tratar de estandarizar la forma en que se organizan y financian los sistemas de salud, otorgándole un lugar relevante y específico al aseguramiento de la salud.

Un caso particular dentro de la nueva clasificación de esquemas de financiamiento lo constituyen las ISAPRES, las que presentan dos cambios significativos. En primer lugar, las ISAPRES mancomunan cotizaciones de salud obligatorias (7%) y adicionales voluntarias, por tanto administran dos esquemas de financiamiento, a diferencia de lo que ocurría con el SHA 1.0 donde las ISAPRES se consideraban como parte de los seguros privados de salud al igual que los seguros complementarios de salud.

En la Tabla 2 se aprecia que al desagregar la clasificación de esquema de seguros obligatorios contributivos (HF1.2.) se observan dos subcategorías más, por una parte los esquemas de seguros sociales de salud (HF1.2.1.) y por otra los esquemas de seguros privados obligatorios (HF1.2.2.). El esquema de seguros sociales de salud se define como un modelo de financiamiento que garantiza el acceso a los servicios de salud mediante el pago de cotizaciones no relacionadas con riesgos específicos, las que son obligatorias para toda la población o para un grupo determinado (OMS, 2014). Por tanto, es en esta clasificación donde se incluye a FONASA, FF.AA. y de Orden y las Mutuales de Seguridad del Trabajo, como parte de la seguridad social.

Tabla 1.
Clasificación esquemas de financiación según SHA 2011

Código	Descripción
HF1.	Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios
HF1.1.	Esquema gubernamental
HF1.2.	Esquema de seguros obligatorios contributivos
HF1.3.	Cuentas de ahorros médicas obligatorias
HF2.	Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud
HF2.1.	Esquemas de seguros voluntarios
HF2.2.	Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro
HF2.3.	Esquemas de financiamiento de empresas
HF3.	Gasto directo de los hogares
HF3.1.	Gastos directos excluidos los pagos compartidos
HF3.2.	Costos compartidos con terceros
HF4.	Esquemas de financiamiento del resto del mundo
HF4.1.	Esquemas obligatorios (no residentes)
HF4.2.	Esquemas voluntarios (no residentes)

Fuente: OMS, 2014.

Tabla 2.
Esquema de seguros obligatorios contributivos (HF1.2.)

Código	Descripción
HF1.	Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios
HF1.1.	Esquema gubernamental
HF1.2.	Esquema de seguros obligatorios contributivos
HF1.2.1.	Esquema de seguros sociales de salud
HF1.2.2.	Esquema de seguros privados obligatorios

Fuente: OMS, 2014.

El esquema de seguros privados obligatorios corresponde a un modelo de financiamiento en el que un gran grupo de la población está obligado a tener un seguro médico con una compañía, el que a su vez representa un contrato entre la persona y la aseguradora. El esquema recauda sus fondos por medio de primas de seguros obligatorios, las que a veces pueden ser subvencionadas parcial o totalmente por el gobierno (OMS, 2014). Es decir, no contempla pagos de cotizaciones no relacionadas con riesgos específicos, como los esquemas de seguros sociales.

Debido a que no es posible clasificar a las ISAPRES como esquemas de seguros sociales de salud, ya que no abrigan los conceptos básicos de la seguridad social, como

la universalidad en el acceso, la solidaridad en el financiamiento, afiliación abierta y no discriminatoria, prestaciones amplias y universales, entre otras (Comisión Presidencial ISAPRES, 2015), es que se les debe clasificar como esquemas de financiamiento de seguros privados obligatorios (HF1.2.2.), pero solo aquellos gastos asociados al 7% de cotización obligatoria, ya que existe el esquema de financiamiento de pagos voluntarios de servicios de salud, donde se deben clasificar aquellos gastos asociados a seguros privados de salud de contribución voluntaria, los que corresponden a los otros gastos de las ISAPRES más allá del 7% de cotización obligatoria.

En este sentido el esquema de seguros voluntarios (HF2.1.) permite clasificar dichos gastos, sobre la base de

dos subcategorías: el esquema de seguros voluntarios primarios (HF2.1.1.) y el esquema de seguros voluntarios complementarios o suplementarios (HF2.1.2.). En el caso de ISAPRES, aquellos gastos financiados con las cotizaciones voluntarias adicionales se clasifican como esquemas de seguros voluntarios primarios a diferencia de los seguros complementarios de salud que ofrecen las compañías de seguros, que se clasifican en HF2.1.2., ya que este tipo de seguros se consideran un reaseguramiento de salud.

El gasto nacional a partir de los esquemas de financiamiento

El gasto total en salud en términos nominales ha crecido de manera sostenida desde el 2003 alcanzando 11,7 billones de pesos el 2014, de estos 11,3 billones corresponden a gasto corriente, como se aprecia en el Gráfico 1.

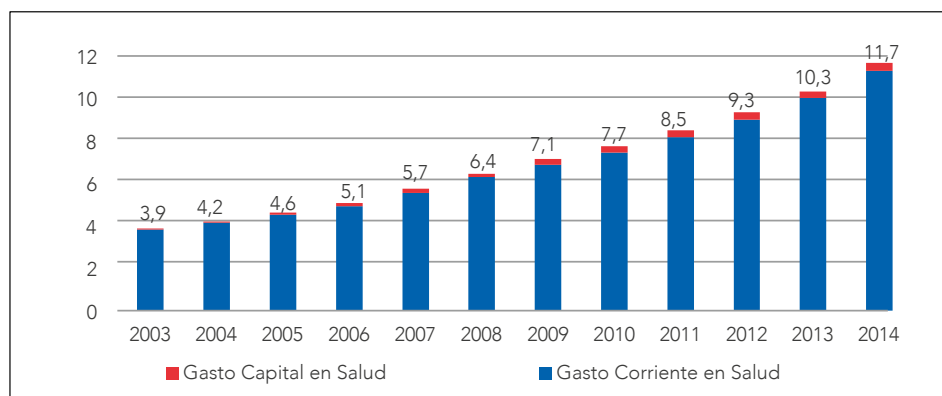
En el gasto per cápita medido en dólares internacionales (PPA-Paridad de Poder Adquisitivo) muestra una senda creciente durante todo el período 2003-2014, llegando a US\$ 1.724. El gasto total en salud como porcentaje del PIB el 2014 fue de 7,9%, lo que muestra un crecimiento

de 3 puntos porcentuales respecto del 2013, donde el gasto fue de 7,6%, confirmándose de esa forma la tendencia creciente de este indicador en los últimos años, como se observa en el Gráfico 2.

Debido a la organización de nuestro sistema de salud, como un sistema de multifondos (FONASA, ISAPRES, Mutuales), la clasificación de los gastos de los esquemas de financiamiento se expresan especialmente concentrados en los esquemas de seguros obligatorios contributivos (HF1.2.).

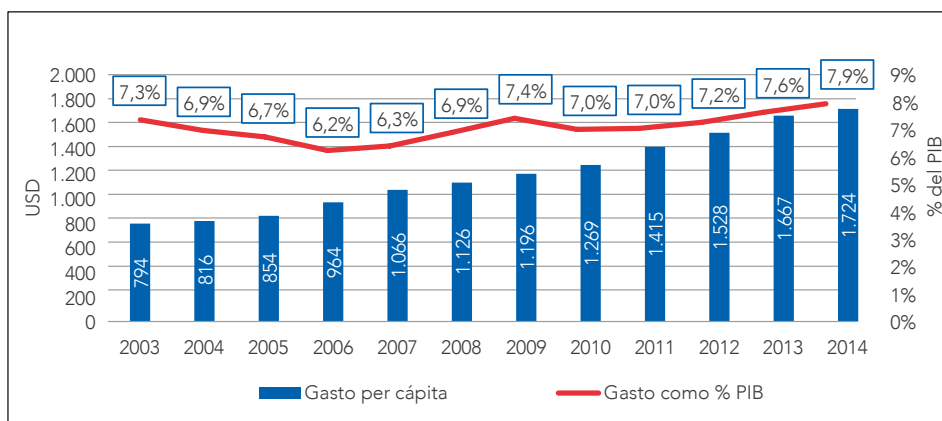
En el caso del gasto relacionado a los esquemas gubernamentales (HF1.1.), donde la principal fuente de financiamiento la constituyen los aportes fiscales, se encuentra al Ministerio de Salud (Subsecretaría de Salud Pública, SEREMI de Salud y Subsecretaría de Redes Asistenciales), el Instituto de Salud Pública (ISP), la Superintendencia de Salud (SIS), la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) y el Servicio Médico Legal (SML). En términos generales, este tipo de instituciones ofrecen servicios de salud pública, gobernanza y administración de servicios de salud.

Gráfico 1.
Gasto total en salud, billones de pesos corrientes, período 2003-2014



Fuente: Oficina de Información Económica en Salud (IES), Departamento de Economía de la Salud, Ministerio de Salud.

Gráfico 2.
Gasto total en salud como % del PIB y gasto per cápita 2003-2014



Fuente: Oficina de Información Económica en Salud (IES), Departamento de Economía de la Salud, Ministerio de Salud.

Como ya se ha mencionado anteriormente, los esquemas de seguros obligatorios contributivos (HF1.2.) consideran principalmente a los sistemas de aseguramiento obligatorio de salud, como es el caso de FONASA, ISAPRE (7% cotización obligatoria), Mutuales de Seguridad del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Además de las instituciones de Fuerzas Armadas y de Orden que cuentan con sus propios sistemas de aseguramiento y prestación de servicios de salud. En el caso de FONASA, es sustancial mencionar que este fondo mancomuna los aportes fiscales directos junto a las cotizaciones obligatorias de salud de sus afiliados, con lo que se financia la atención del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y la Atención Primaria de Salud (Municipal y No Municipal), además de otras compras centralizadas, como diálisis y camas críticas, entre otras prestaciones.

Los esquemas de pago voluntario de servicios de salud (HF2.), como también ya se ha señalado anteriormente, comprende a las ISAPRES (cotización adicional voluntaria) y a los seguros complementarios de salud de las Compañías de Seguros. Esta actividad de aseguramiento de salud en forma voluntaria se entiende como una categoría relacionada principalmente con el sector privado de salud.

En virtud de que no se dispone de fuentes de información para registrar los gastos de los esquemas de financiamiento del resto del mundo (HF4.), el último esquema de financiamiento en nuestro caso corresponde a los gastos directos de los hogares (HF3.), que corresponden al gasto de bolsillo en salud que realizan los hogares para financiar en forma completa (pagos directos) o parcial (copagos) los gastos en salud. Debido a que no existe una única fuente de información que permita contar con todos los gastos de los hogares, se vuelve necesario realizar una estimación de dicho gasto, utilizando diversas fuentes. Una explicación de esta estimación se encuentra disponible en el artículo "Gasto de Bolsillo en Salud: metodología y resultados 1997-2012", del Boletín de Economía y Salud del 2014 (MINSAL, 2014).

El Gráfico 3 muestra el gasto corriente en salud según los esquemas de financiamiento y también la proporción

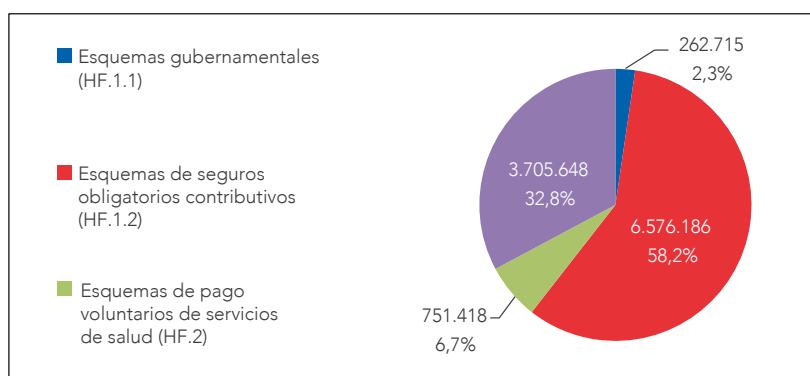
de gasto de cada esquema sobre el total del gasto corriente en salud para el 2014. Se observa que el esquema de seguros obligatorios contributivos corresponde a \$ 6.576.186 millones de pesos corrientes y representa el 58,2% del total, el gasto directo de los hogares que es \$ 3.705.648 millones y representa el 32,8%; el esquema de pago voluntario de servicios de salud representa \$ 751.418 millones y corresponde al 6,7%, mientras que el restante 2,3% pertenece a los esquemas gubernamentales con \$ 262.715 millones de pesos.

Como ya se ha mencionado, el esquema de seguros obligatorios contributivos se desagrega a su vez en esquemas de seguros sociales de salud y esquemas de seguros privados obligatorios, como se puede observar en la Tabla 3. El esquema de seguros sociales de salud que incluye a FONASA, FF.AA. y de Orden y Mutuales corresponde a \$ 5.275.413 millones de pesos corrientes, mientras que el esquema de seguros privados obligatorios que considera exclusivamente a las ISAPRES (7% cotización obligatoria) comprende \$ 1.300.774 millones, los que significan el 46,7% y el 11,5% del gasto corriente total en salud, respectivamente.

El gasto directo de los hogares o, en otras palabras, gasto de bolsillo, se desagrega en gastos directos excluidos los pagos compartidos, los que representan el 21,5% del total de gasto corriente en salud, siendo \$ 2.430.905 millones y en costos compartidos con terceros o copagos, que corresponden al 11,3% del gasto corriente en salud con \$ 1.274.743 millones.

Al realizar el análisis de agregación del gasto corriente total según el SHA 2011 en gasto de gobierno, de seguridad social y privado, el esquema de seguros obligatorios contributivos se divide en dos, clasificándose el esquema de seguros sociales de salud dentro del gasto de seguridad social y el esquema de seguros privados obligatorios como gasto privado. El Gráfico 4 a continuación muestra la proporción entre el gasto de gobierno, de seguridad social y privado respecto del gasto corriente total, el que muestra que sumando el gobierno (2,3%) con la seguridad social (46,7%) se obtiene un gasto público de 49%, y sumando el esquema de seguros privados obligatorios

Gráfico 3.
Gasto corriente en salud según esquemas de financiamiento, 2014. Millones de pesos corrientes



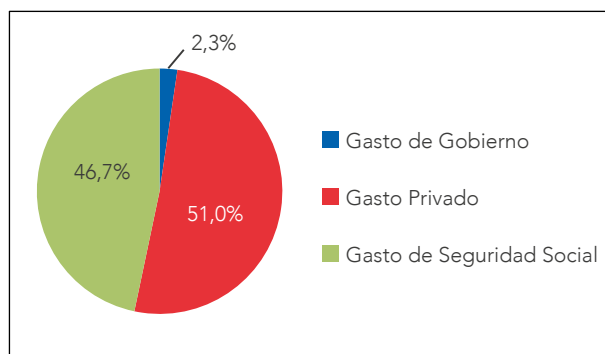
Fuente: Oficina de Información Económica en Salud (IES), Departamento de Economía de la Salud, Ministerio de Salud.

Tabla 3.

Esquemas de financiamiento SHA 2011 en millones de pesos corrientes y como % del gasto corriente total en salud

Código	Descripción	MM\$	%
HF1.	Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios	6.838.902	60,5
HF1.1.	Esquema gubernamental	262.715	2,3
HF1.2.	Esquema de seguros obligatorios contributivos	6.576.186	58,2
HF1.2.1.	Esquema de seguros sociales de salud	5.275.413	46,7
HF1.2.2.	Esquema de seguros privados obligatorios	1.300.774	11,5
HF1.3.	Cuentas de ahorros médicas obligatorias	–	0,0
HF2.	Esquemas de pagos voluntarios de servicios de salud	751.418	6,7
HF2.1.	Esquemas de seguros voluntarios	751.418	6,7
HF2.2.1.	Esquemas de seguros primarios/sustitutivos	358.854	3,2
HF2.2.2.	Esquemas de seguros voluntarios complementarios o suplementarios	392.563	3,5
HF2.2.	Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro	–	0,0
HF2.3.	Esquemas de financiamiento de empresas	–	0,0
HF3.	Gasto directo de los hogares	3.705.648	32,8
HF3.1.	Gastos directos excluidos los pagos compartidos	2.430.905	21,5
HF3.2.	Costos compartidos con terceros	1.274.743	11,3
HF4.	Esquemas de financiamiento resto del mundo	–	0,0
HF4.1.	Esquemas obligatorios (no residentes)		0,0
HF4.2.	Esquemas voluntarios (no residentes)		0,0
	Gasto corriente total en salud	11.295.967	100,0

Fuente: Oficina de Información Económica en Salud (IES), Departamento de Economía de la Salud, Ministerio de Salud.

Gráfico 4.
Agregados del gasto corriente total, según agente de financiamiento año 2014, SHA 2011

Fuente: Oficina de Información Económica en Salud (IES), Departamento de Economía de la Salud, Ministerio de Salud.

(11,5%) con el esquema de pagos voluntarios (6,7%) y el gasto directo de los hogares (32,8%) se obtiene el gasto

privado de 51%, coherente con la tendencia de años anteriores.

INGRESOS DE LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO

Los tipos de ingresos de los esquemas de financiamiento pertenecen al enfoque utilizado para identificar, clasificar y medir el conjunto de fuentes de ingresos de cada uno de los esquemas de financiamiento. La medición de las fuentes de ingresos de cada esquema de financiamiento ofrece información esencial para los encargados de formular las políticas, sobre todo en lo que respecta a la mezcla entre el gasto público y el privado (OMS, 2014).

Chile cuenta con cinco tipos de ingresos para los esquemas de financiamiento: transferencias de los ingresos públicos internos, cotizaciones a la seguridad social, prepagos obligatorios, prepagos voluntarios y otros ingresos del país.

En general la clasificación de los ingresos de los esquemas de financiamiento establece una relación importante

Cuadro 1.
Ingresos de los esquemas de financiamiento, 2014. Millones de pesos

Esquemas	Gasto corriente en salud por ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud					
	Transferencias de los ingresos públicos internos (para salud)	Cotizaciones a la seguridad social	Prepago obligatorio	Prepago voluntarios	Otros ingresos del país n.e.p.	Total
Esquemas gubernamentales	MM\$ 262.715 100%	–	–	–	–	MM\$ 262.715
Esquemas de seguros obligatorios contributivos	MM\$ 2.832.897 43,1%	MM\$ 2.442.516 37,1%	MM\$ 1.300.774 19,8%	–	–	MM\$ 6.576.187
Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud	–	–	–	MM\$ 751.418 100%	–	MM\$ 751.418
Gasto directo de los hogares	–	–	–	–	MM\$ 3.705.648 100%	MM\$ 3.705.648
Total	MM\$ 3.095.612	MM\$ 2.442.516	MM\$ 1.300.774	MM\$ 751.418	MM\$ 3.705.648	MM\$ 11.295.968

Fuente: Oficina de Información Económica en Salud (IES), Departamento de Economía de la Salud, Ministerio de Salud.

con cierto tipo de ingresos, por ejemplo, se espera que los esquemas gubernamentales se financien principalmente con transferencias del gobierno y los esquemas de contribución voluntaria se financien con prepagos voluntarios.

Para nuestro país, el esquema gubernamental se financia exclusivamente con transferencias de los ingresos públicos internos (aportes fiscales directos), en cambio los esquemas de seguros contributivos obligatorios presentan un *mix* de financiamiento mediante transferencias de los ingresos públicos internos y cotizaciones a la seguridad social que financia el 80% del esquema de seguros obligatorios contributivos, mientras que el otro 20% es aportado por las cotizaciones obligatorias de las ISAPRES, clasificados como prepagos obligatorios. Los ingresos por prepagos voluntarios corresponden al 100% del esquema de pagos voluntarios de servicios de salud. El 59% corresponde a prepagos voluntarios de hogares, que comprende a las cotizaciones voluntarias a las ISAPRES y las primas de los seguros complementarios de salud, mientras que el 41% restante está relacionado a prepagos voluntarios de empleadores o empresas, que considera cotizaciones adicionales voluntarias a las ISAPRES y primas de seguros complementarios a las compañías de seguros. Por último, el ingreso de los otros ingresos del país corresponde a la totalidad del gasto directo de los hogares, es decir, al gasto de bolsillo, como se aprecia en el Cuadro 1.

■ DISCUSIÓN

La nueva propuesta del Sistema de Cuentas de Salud 2011 de la OCDE, específicamente en el ámbito del financiamiento, viene a reconocer y tratar de objetivar los

diferentes sistemas de salud a nivel global, tarea que se vislumbra de una alta complejidad, pero que el nuevo manual logra sintetizar en los principales esquemas de financiamiento en los que se organiza el aseguramiento de la salud. En el caso de Chile, esto resulta de vital importancia en el contexto que se están discutiendo cambios al sistema privado de aseguramiento de salud.

En este sentido, se logra reconocer que existe una clara diferencia entre la administración de fondos de contribución obligatoria y de contribución voluntaria, en donde las ISAPRES manejan ambos esquemas de financiamiento y que el SHA 2011 pone de manifiesto, pero sin dejar de considerar la actividad de las ISAPRES como parte del sector privado de salud. Este análisis permite sin duda allanar el camino en la medición del gasto en salud ante eventuales cambios en la seguridad social en salud en nuestro país.

■ REFERENCIAS

- Comisión Presidencial ISAPRES (2015). Informe de la Comisión Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado. Santiago, Chile, 2ª Edición, octubre 2015.
- MINSAL (2014). Boletín Departamento de Economía de la Salud (DESAL) volumen 8 N°2. *Gasto de Bolsillo en Salud: metodología y resultados 1997-2012*, Palacios A, Leal R.
- OMS (2014). Un sistema de cuentas de salud 2011. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, Eurostat UE, Organización Mundial de la Salud. Suiza, Ginebra, 2014.
- OCDE (2015). Working Paper of Final Report of the SHA 2011 Piloting Project. Health Division, Organisation for Economic Co-operation and Development. France, Paris, 2015.

Costo-efectividad de intervenciones sanitarias para la cesación del hábito tabáquico. Revisión sistemática y análisis de transferibilidad de resultados¹⁸

CATHERINE DE LA PUENTE AGURTO¹⁹; LUCY KUHN BARRIENTOS¹⁹

catherine.delapueente@minsal.cl; lucy.kuhn@minsal.cl

■ ANTECEDENTES

El tabaquismo constituye un grave problema de salud pública en Chile, sosteniendo el record de ser el país de las Américas con la mayor prevalencia de consumo de tabaco tanto en jóvenes como adultos (OPS, 2013).

Datos de la Encuesta Nacional de Salud 2009/2010 (ENS) del Ministerio de Salud (MINSAL), señalan que la prevalencia de tabaquismo en nuestro país es de 40,6% en los rangos entre 15 y 65 años y más, en población general (MINSAL, sfp).

En cuanto a la mortalidad atribuible al tabaco, el Departamento de Informaciones y Estadísticas (DEIS) del MINSAL señala que entre los años 1985-2010 se produjeron 330.896 muertes atribuibles al tabaco. Dichas muertes se deben a diversas causas tales como cáncer al pulmón, tráquea, bronquios y vejiga, enfermedad isquémica, enfermedad cerebrovascular, bronquitis aguda y crónica (MINSAL, 2010). Esta carga en salud tiene como consecuencia un gran gasto sanitario asociado a estas problemáticas de al menos 1 billón de pesos anual (equivalente al 0,8% del PIB nacional y a un 11,5% del presupuesto anual en salud) solo en gastos directos de salud (Pichón-Riviere et al., 2014).

El Estado de Chile ha emprendido importantes políticas de salud pública tendientes a reducir el consumo de tabaco o la exposición a éste. Estas políticas han significado medidas legislativas que van desde limitar los espacios para fumadores, hasta regular la publicidad en medios de comunicación y lugares de venta. Sin embargo, el país no ha avanzado de manera suficiente en abordar políticas que ayuden a los fumadores a abandonar el hábito tabáquico. En este contexto, las intervenciones sanitarias para tratar la dependencia del tabaquismo cumplen un rol fundamental en todo el sistema de salud.

Los objetivos del estudio original fueron conocer la eficiencia de las estrategias de consejería breve (CB), terapia de reemplazo de la nicotina (TRN) y el uso de medicamentos como el bupropión y vareniclina, a través de una revisión sistemática de estudios de costo-efectividad, y evaluar la transferibilidad de los resultados de los estudios seleccionados al contexto nacional.

■ METODOLOGÍA

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura en PubMed y *Centre for Reviews and Dissemination* (CRD) sobre estudios publicados entre los años 2004 y 2014, que evaluaran la costo-efectividad de la consejería breve, TRN (chicle o parche) y terapias farmacológicas con bupropión o vareniclina, como estrategias para el cese del hábito tabáquico en población general. Esta búsqueda se complementó con la revisión manual de las referencias bibliográficas de los artículos incluidos y con estudios publicados en páginas de Agencias de evaluación de tecnologías sanitarias tales como *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* (ISPOR), *The International Network of Agencies for Health Technology Assessment* (INAHTA) y *Scottish Medicines Consortium* (SMC).

Se incluyeron estudios de costo-efectividad y costo-utilidad cuyos resultados en salud fueran expresados en indicadores sintéticos que combinen expectativa y calidad de vida, como los años de vida ajustados por calidad ganados (*Quality Adjusted Life Years* (QALYs)), o que combinen mortalidad y morbilidad, como los años de vida ajustados por discapacidad evitados (*Disability Adjusted Life Years* (DALYs)), y cuyos resultados de costo-efectividad se reporten en términos de la Razón Incremental de Costo-efectividad (ICER)²⁰.

¹⁸ Este artículo resume los principales aspectos y resultados del estudio "Revisión sistemática de estudios de costo-efectividad y análisis de transferibilidad, de intervenciones sanitarias para la cesación del hábito tabáquico" (MINSAL, 2016). Disponible en: <http://desal.minsal.cl/publicaciones/evaluacion-economica-de-intervenciones-en-salud/>

¹⁹ Profesional Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA), División de Planificación Sanitaria, MINSAL.

²⁰ El ICER (diferencia en costos dividido por la diferencia en efectividad) indica cuánto es el costo incremental por una unidad adicional de efectividad (p. ej. costo por QALY ganado), al pasar de una intervención (p. ej. cese sin ayuda) a otra (p. ej. bupropión más CB).

Se excluyeron estudios que consideraron exclusivamente pacientes con patologías concomitantes o enfocados en subgrupos específicos de fumadores; estudios en que los comparadores no correspondían a las intervenciones evaluadas; aquellos que evaluaban las intervenciones para la prevención de recaídas del hábito tabáquico; estudios en los que solo se realizó evaluación de los costos de las diferentes intervenciones; estudios de costo-beneficio; y estudios secundarios.

TRANSFERIBILIDAD

La pertinencia de la evidencia de los estudios seleccionados se evaluó mediante la herramienta de transferibilidad que plantea Welte *et al.* (2004), en el que se aplican tres criterios generales de exclusión o criterios *knock out*, estos son:

- La tecnología relevante no es comparable con aquella que debe ser usada en el país de decisión.
- El comparador utilizado en el estudio no es comparable con los comparadores que se utilizan en el país de decisión.
- El estudio no posee calidad aceptable.

Las evaluaciones económicas que superaron los dos primeros criterios se les evaluó su calidad metodológica mediante la herramienta de Drummond *et al.* (2005).

Luego, para evaluar el nivel de transferibilidad de resultados de los artículos seleccionados al contexto nacional se utilizaron 9 de los 14 criterios específicos de transferibilidad de Welte *et al.* (2004), los que son: perspectiva del estudio, tasa de descuento, abordaje de los costos médicos, precios absolutos y relativos en la atención en salud, variabilidad de la práctica clínica, incidencia y prevalencia, *case mix*, expectativa de vida, e inclusión de costos de productividad y tiempo laboral perdido. Cada criterio fue comparado con el caso de referencia para evaluaciones económicas en Chile (MINSAL, 2013), y de acuerdo con el grado de concordancia se otorgó un puntaje a cada criterio.

Se consideraron altamente transferibles los estudios que obtuvieron una puntuación entre 10 y 12. A su vez, se clasificaron como de transferibilidad media aquellos estudios que obtuvieron entre 9 y 7 puntos, y baja si el puntaje fue igual o inferior a 6 puntos, y que por tanto no cumplieron a cabalidad todos los criterios anteriormente mencionados.

Para obtener los costos de Chile para cada intervención se realizó una búsqueda de precios en cadenas de farmacias, en Mercado Público y en el Estudio de Verificación de Costos del 2012 (MINSAL, 2012). Los costos del tratamiento de patologías asociadas al hábito tabáquico fueron obtenidas del estudio de Carga de Enfermedad Atribuible al Tabaquismo en Chile (Pichón-Riviere *et al.*, 2014). Esto permitió establecer si los costos reportados en los estudios eran o no similares a los de nuestro país.

Con el fin de comparar los costos de las intervenciones y los resultados de costo-efectividad de los estudios (por medio del ICER o razón incremental de costo-efectividad) con el caso de Chile, se construyeron factores de actualización de los valores de acuerdo con el índice de precios al consumidor (IPC) de cada país de origen. Además, se convirtieron las monedas de cada país a un tipo de cambio en común, en este caso a dólares americanos corrientes del año 2014. Luego se convirtieron a pesos chilenos del 2014.

■ RESULTADOS

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática arrojó 606 estudios de costo-efectividad, de ellos 27 cumplieron con los criterios de inclusión. De estos, nueve artículos fueron excluidos posterior al análisis crítico, por no incluir las intervenciones que se querían evaluar o no expresar sus resultados en QALY o DALY. Finalmente, los 18 artículos incluidos como evidencia fueron evaluados de acuerdo con los criterios *knock out* de Welte *et al.* (2004) y Drummond *et al.* (2005). Al evaluar la calidad de la evidencia se concluyó que los 18 estudios presentaron buena calidad metodológica.

Entre las características de los artículos resulta admisible destacar que los contextos en los que fueron elaborados corresponden a países de Europa, América y Asia. Principalmente se analizaron países de altos ingresos como Estados Unidos, Inglaterra, Suecia, Australia y Corea del Sur, entre otros, y algunos analizaron países de ingresos medios y bajos como Vietnam, El Salvador, Nicaragua, República Dominicana, Costa Rica y Panamá.

Todos los estudios incluidos usaron modelos de estimación, siendo la mayoría modelos de Markov, para proyectar los costos y los efectos de las estrategias comparadas. En ellos se consideró un horizonte temporal que abarcó principalmente la sobrevivencia de los pacientes. Solo tres estudios evaluaron horizontes temporales más breves, entre los 10 y los 50 años (Bolin *et al.*, 2006; Bolin *et al.*, 2008; Lutz *et al.*, 2012).

Todos los estudios presentaron sus resultados de efectividad en términos de QALY ganado, a excepción de Bertram *et al.* (2007) y Higashi *et al.* (2012), en los que la efectividad fue medida en DALY evitado.

Debido a que varios estudios presentan más de un ICER, los que responden a diversos aspectos metodológicos asociados con la definición del modelo y sus supuestos, se analizaron primero las comparaciones terapéuticas relevantes y se consideraron el o los ICER más comparables al caso de referencia de Chile.

COSTOS DE LAS INTERVENCIONES

Los costos promedio por paciente de las intervenciones de cesación tabáquica en Chile, obtenidos a partir de

fuentes nacionales, indican que en el país el tratamiento más caro es el de la terapia de reemplazo de la nicotina con parches de nicotina de 14 mg alcanzando los \$ 236.000 en promedio, seguido del tratamiento con vareniclina (\$ 198.000), bupropión (\$ 162.000), parches de nicotina de 10 mg y finalmente chicles de nicotina. En el caso de la consejería breve, se consideró el costo de una visita médica en el sector público de salud, el que no influye significativamente en el costo de las terapias (ver Tabla 1).

En comparación con los costos internacionales, de acuerdo con las cifras reportadas en los estudios, los costos de atención médica en los países desarrollados son notoriamente más altos que en nuestro país y que en países subdesarrollados fluctúan entre 13.500 a 105.000 pesos chilenos. Por el contrario, la atención médica en países asiáticos como Vietnam no superan los 1.500 pesos chilenos.

Respecto de las terapias farmacológicas, el costo promedio por paciente del tratamiento de vareniclina fluctúa entre 140.000 y 300.000 pesos chilenos en países desarrollados, presentando costos similares a los de Chile los tratamientos en Bélgica, Suecia, Inglaterra y Japón. Por su parte, países en desarrollo como Vietnam y países latinoamericanos presentan costos menores que varían entre 140.000 y 163.000 pesos chilenos.

De la misma forma, el costo promedio por paciente para el caso de bupropión varía entre 80.000 y 326.000 pesos chilenos en países desarrollados, mientras que entre los países en desarrollo fluctúa entre 61.000 en Vietnam a \$ 153.000 en Panamá. Respecto de esta terapia, Bélgica, Estados Unidos y Panamá muestran costos similares a nuestro país.

En el caso de las TRN, las comparaciones de los costos reportados en los artículos con los costos promedio en Chile no son adecuadas, ya que los esquemas de tratamiento en otros países son distintos, además que algunos artículos no presentan costos.

RESULTADOS DE COSTO-EFECTIVIDAD

Debido a la alta variedad de comparaciones de tratamientos que fueron analizados en los estudios seleccionados, los resultados de costo-efectividad fueron agrupados en nueve comparaciones de interés:

1. *Consejería breve (CB) vs. cese sin ayuda (CSA)*: el único estudio incluido para esta comparación reporta que la consejería breve es una estrategia dominante²¹ en

comparación con el cese sin ayuda, independiente del horizonte temporal en que se mida (1, 10 o 75 años).

2. *Bupropión +CB vs. CSA*: cinco de los ocho estudios que evalúan esta comparación reportaron una dominancia del bupropión en combinación con consejería breve, al compararla con cese sin ayuda. Asimismo, los otros tres mostraron que bupropión asociado a CB es una terapia altamente costo-efectiva en comparación con CSA, arrojando un ICER muy por debajo del umbral de costo-efectividad²² de cada país que analizó esta comparación.

3. *Terapia de reemplazo de nicotina (TRN) +CB vs. CSA*: de ocho estudios, la mitad reportó una dominancia de la TRN en combinación con la consejería breve respecto del cese sin ayuda. Los otros cuatro estudios reportaron resultados altamente costo-efectivos de la TRN más CB, arrojando un ICER positivo muy por debajo del umbral de costo-efectividad de cada país.

4. *Vareniclina +CB vs. CSA*: siete de nueve estudios que analizan esta comparación concluyen que la terapia con vareniclina asociada a CB es una estrategia dominante respecto de CSA, incluso en horizontes temporales breves de 10 y 20 años. Los otros dos estudios reportaron una alta costo-efectividad de vareniclina en combinación con CB, con ICER muy por debajo del umbral de cada país.

5. *Bupropión +CB vs. CB*: de los dos artículos que analizan esta comparación, un estudio realizado en Bélgica (Knight *et al.*, 2012) muestra que el bupropión más consejería breve es una estrategia dominante al compararla con la consejería breve sin fármaco. Sin embargo, el estudio realizado en Vietnam (Higashi *et al.*, 2012) reporta un ICER mayor a su umbral de costo-efectividad, resultando una estrategia no costo-efectiva en ese contexto.

6. *Vareniclina +CB vs. CB*: tres estudios reportaron una alta costo-efectividad de la vareniclina más CB al compararla con CB sin fármaco, resultando en dos de ellos dominante. Solo el estudio realizado en Vietnam no muestra una costo-efectividad a favor de la vareniclina, ya que el ICER es mayor al umbral.

7. *Bupropión +CB vs. TRN +CB*: seis de siete estudios concluyen que el bupropión más CB es una terapia dominante al compararlo con TRN asociado a CB. Solo en el estudio realizado en Corea del Sur (Bae *et al.*, 2009), la terapia de bupropión más CB resulta no costo-efectiva (ICER mayor al umbral), lo que puede deberse al alto costo del bupropión, superando en tres veces el costo de la TRN en ese país.

²¹ Se establece que una intervención es dominante o domina a otra, en términos de costo-efectividad, cuando en la primera los efectos esperados son mayores y los costos esperados son menores que la intervención en comparación.

²² El umbral de costo-efectividad es la máxima disposición a pagar de un país o de un sistema de salud, por unidad adicional de efecto (por ej. por QALY ganada). Representa el nivel de costos y efectos que son aceptables para un determinado sistema de salud. El valor del umbral no se ha definido en Chile, sin embargo se sigue la recomendación de la OMS de considerarlo equivalente a 1 PIB per cápita por QALY ganado (o por DALY evitado). Así, una intervención es costo-efectiva respecto de otra cuando el valor del ICER resulta menor a 1 PIB per cápita por QALY ganado.

Tabla 1.
Costos de las intervenciones para la cesación del hábito tabáquico en Chile

Intervención (tratamiento completo)	Posología	Costo promedio por paciente (pesos)
Vareniclina	Dosis de inicio: 1 comp, 0,5 mg por 3 días y luego 2 comp. 0,5 mg por 4 días. Luego 1 comp. de 1 mg 2 veces al día, desde el día 8-28 y luego como dosis de mantención desde el día 29-84.	\$ 198.372
Bupropión	1 comprimido, 2 veces al día por 3 meses	\$ 162.738
Parche de nicotina 10 mg	1 parche diario por 3 meses	\$ 137.700
Parche de nicotina de 14 mg	1 parche diario por 3 meses	\$ 236.610
Chicle de nicotina 2 mg	5 diarios por 6 semanas; 3 diarios por 3 semanas y 2 diarios por 3 semanas	\$ 124.425
Chicle de nicotina 4 mg	5 diarios por 6 semanas; 3 diarios por 3 semanas y 2 diarios por 3 semanas	\$ 109.620
Consulta integral de especialidades en medicina interna y subespecialidades	1 consulta	\$ 5.776

Fuente: elaboración propia a base de datos de cadenas de farmacias (Ahumada, Salcobrand y Cruz Verde), Mercado Público y Estudio de verificación de costos año 2012 (MINSAL, 2012).

8. *Vareniclina +CB vs. TRN +CB*: diez estudios evalúan esta comparación, mostrando dominancia y alta costo-efectividad a favor de la vareniclina asociada a CB al compararla con TRN más CB. Esto se mantiene independiente de la forma de administración de la TRN e incluso a horizontes temporales menores de 10 años.

9. *Vareniclina +CB vs. Bupropión +CB*: once de trece estudios concluyen que la vareniclina más CB es una terapia dominante al compararla con bupropión más CB, incluso a horizontes temporales de 20 años. Solo el estudio realizado en Vietnam reporta un ICER mayor al umbral de costo-efectividad de ese país, por tanto no costo-efectivo.

En resumen, se observa que todas las intervenciones evaluadas, consejería breve, TRN+CB, bupropión+CB y vareniclina+CB fueron costo-efectivas al compararlas con cese sin ayuda. A su vez, las terapias farmacológicas asociadas a consejería breve demostraron ser más costo-efectivas que la consejería breve por sí misma.

De las terapias farmacológicas vareniclina fue la más costo-efectiva, incluso a horizontes temporales breves de 10 años. Solo el estudio realizado en Vietnam mostró que la vareniclina fue menos costo-efectiva al compararla con bupropión más CB, lo que puede deberse a que ese país enfrenta un umbral de costo-efectividad bajo. El Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de Vietnam no supera los USD 1.220, por lo que al considerar las recomendaciones internacionales, su umbral fluctuaría entre USD 1.220 (1 PIB p/c) a USD 3.660 (3 PIB p/c) por DALY evitado.

Por su parte, de las terapias farmacológicas la menos costo-efectiva fue la TRN, independiente de la forma de administración.

■ ANÁLISIS DE TRANSFERIBILIDAD DE LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE COSTO-EFECTIVIDAD

De los 18 artículos incluidos para el análisis de transferibilidad, nueve fueron considerados como altamente transferibles y nueve como medianamente transferibles, por tanto ninguno fue de baja transferibilidad, de acuerdo con los criterios evaluados.

Entre los principales criterios de los estudios altamente transferibles se observó que todos coincidieron con la perspectiva de la evaluación, de acuerdo con el caso base o de referencia en Chile para las evaluaciones económicas, que es desde el sector público de salud. Esto es consistente con la consideración de costos directos del tratamiento de cesación, sin incluir costos indirectos. Además, la mayoría utilizó una tasa de descuento similar a la del caso base (3%) o aplicaron esa tasa en el análisis de sensibilidad, lo que también es comparable con el caso de referencia.

Entre otros aspectos evaluados, la casuística de los pacientes y la expectativa de vida son semejantes al caso chileno en todos los estudios altamente transferibles. A su vez, en la mayoría de estos estudios la práctica clínica y las tasas de incidencia y prevalencia del tabaquismo son comparables con el contexto nacional.

Al analizar solamente los estudios altamente transferibles, se observa que los resultados se mantienen consistentes en cuanto a la mayor costo-efectividad de la vareniclina asociada a CB, respecto del resto de las terapias de cesación.

■ DISCUSIÓN

En los últimos años el país ha desarrollado políticas y estrategias de salud pública para promover la reducción del tabaquismo. Sin embargo se debe avanzar de manera activa hacia estrategias que permitan a las personas abandonar el consumo del tabaco, como son las terapias de cesación tabáquica. En este contexto, es importante conocer la eficiencia relativa de estas intervenciones sanitarias. Un análisis de este tipo se aborda desde la metodología de costo-efectividad, sin embargo, no siempre es posible llevar a cabo estudios *de novo* debido al largo tiempo que conllevan y el tipo de recursos humanos y técnicos que requieren. Más aún, se debe considerar que cuando hay intervenciones vastamente evaluadas a nivel mundial, con muchas publicaciones disponibles en las bases de datos científicas –como las terapias de cesación tabáquica–, hace que realmente no sea necesario emprender estudios originales, sino aplicar métodos de revisión sistemática de la evidencia disponible. Además, una revisión sistemática de estudios de costo-efectividad permite analizar las características metodológicas de los modelos, así como las características de la población y de los sistemas de salud de los países bajo análisis, desde una perspectiva de transferibilidad, de manera de conocer si los resultados de costo-efectividad de estudios realizados en otros países podrían ser aplicables a nuestro contexto nacional.

Este trabajo permite concluir que el tratamiento con vareniclina asociado a consejería breve es una intervención dominante y costo-ahorrativa –es decir, más efectiva y menos costosa–, al compararla con el resto de las terapias analizadas de bupropión más CB, terapias de reemplazo de la nicotina más CB, consejería breve sin fármacos y cese sin ayuda.

Al analizar solamente los estudios altamente transferibles al contexto local se mantienen consistentes los resultados, reforzando el hecho que la vareniclina en combinación con consejería breve es una estrategia costo-ahorrativa en población general. Por tanto, debiese ser considerada como la terapia de elección para cualquier programa de cesación del hábito tabáquico en Chile, ayudando a reducir la morbilidad y la mortalidad relacionada con el tabaquismo, resultando en importantes ahorros económicos en salud.

■ REFERENCIAS

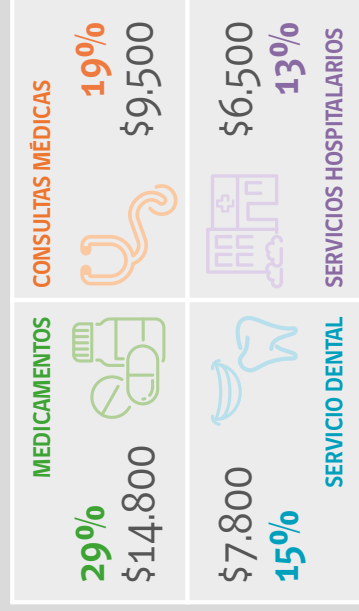
- Bae, J., Kim, C. y Lee, E. (2009). Evaluation of Cost-Utility of Varenicline Compared with Existing Smoking Cessation Therapies in South Korea. *Value Health*, 12 Suppl 3, pp. S70-3.
- Bertram, M., Lim, S., Wallace, A. y Vos, T. (2007). Costs and benefits of smoking cessation aids: making a case for public reimbursement of nicotine replacement therapy in Australia. *Tob Control*, 16, pp. 255-260.
- Bolin, K., Lindgren, B. y Willers, S. (2006). The Cost Utility of Bupropion in Smoking Cessation Health Programs. *Simulation Model Results for Sweden*. *Chest*, 129(3), pp. 651-60.
- Bolin, K., Mörk, A., Willers, S. y Lindgren, B. (2008). Varenicline as compared to bupropion in smoking-cessation therapy-Cost-utility results for Sweden 2003. *Respir Med*, 102(5), pp. 699-710.
- Drummond, M., Sculpher, M., Torrance, G., O'Brien, B. y Stoddart, G. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 3rd ed. Oxford University Press, pp. 28-29.
- Higashi, H. y Barendregt, J. (2012). Cost-effectiveness of tobacco control policies in Vietnam: the case of personal smoking cessation support. *Addiction*, 107(3), pp. 658-70.
- Knight, C., Marbaix, S., Annemans, L., Prignot, J. y Bowrin, K. (2012). The cost-effectiveness of an extended course (12+12 weeks) of varenicline plus brief counselling compared with other reimbursed smoking cessation interventions in Belgium, from a public payer perspective. *Acta Clin Belg*, 67(6), pp. 416-22.
- Lutz, M., Lovato, P. y Cuesta, G. (2012). Cost effectiveness analysis of varenicline versus existing smoking cessation strategies in Central America and the Caribbean using the BENESCO model. *Hosp Pract*, 40(1), pp. 24-34.
- MINSAL (2013). Guía Metodológica para la Evaluación Económica de intervenciones en salud en Chile. Disponible en: http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2013/09/EE_FINAL_web.pdf
- MINSAL (2012). Estudio de Verificación del Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas. Disponible en: http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2013/09/DEMANDA_EVC.pdf
- MINSAL (sin fecha de publicación). Encuesta Nacional de Salud 2009/2010. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>, consultada en noviembre 2015.
- MINSAL (2010). Departamento de Informaciones y Estadísticas en Salud. Serie de Mortalidad atribuible al Tabaco 1985-2010. Disponible en: [http://www.deis.ci/estadisticas-mortalidad/±](http://www.deis.ci/estadisticas-mortalidad/)
- OPS (2013). Informe sobre Control de Tabaco para las regiones de las Américas. Washington, DC. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23415.
- Pichón-Riviere, A., Bardach, A., Caporale, J., Alcaraz, A., Augustovski, F., et al. (2014). Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Chile. Documento Técnico IECS N°8. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://www.chilelibredetabaco.cl/wp-content/uploads/2010/10/Informe-de-Carga-del-Tabaquismo-en-Chile.pdf>
- Welte, R., Feenstra, T., Jager, H. y Leidl, R. (2004). A Decision Chart for Assessing and Improving the Transferability of Economic Evaluation Results between Countries. *Pharmacoeconomics*, 22(13), pp. 857-76.

Infografía: Gasto de bolsillo en salud en Chile

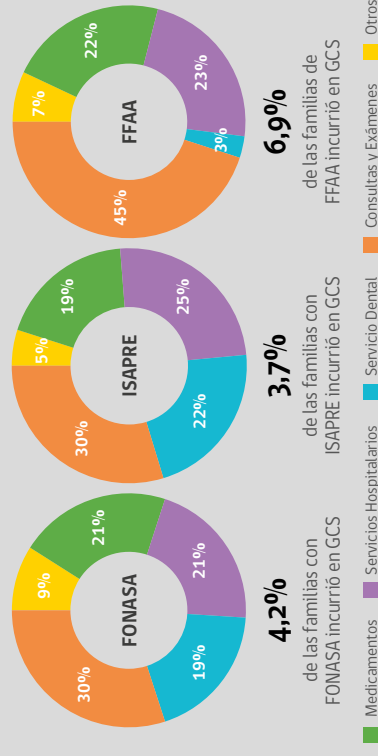
GASTO DE BOLSILLO EN SALUD EN CHILE

Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) corresponde a los pagos directos provenientes de las personas en el momento que utilizan alguna prestación de salud. Cuando el GBS traspasa cierto umbral (30% o 40%) respecto de la capacidad de pago del hogar, se produce el **Gasto Catastrófico en Salud (GCS)**. Cuando un hogar no pobre no es capaz de cubrir sus gastos de subsistencia una vez realizados sus GBS, se dice que se ha empobrecido.

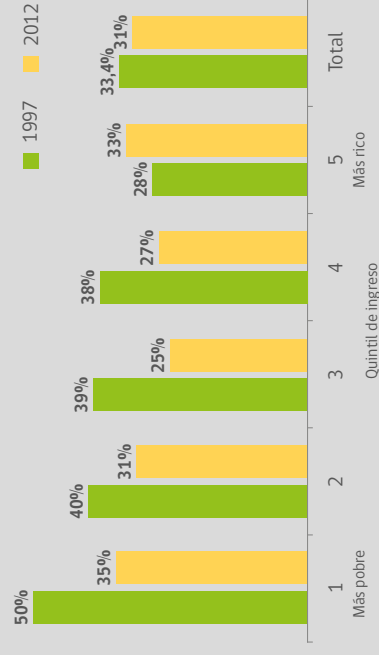
EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD MENSUAL PARA 2012 FUE DE **\$5.1.000** (6,3% DEL GASTO DE HOGARES)



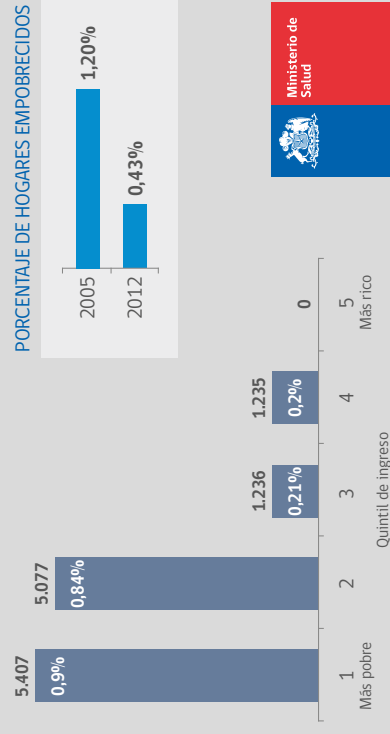
EL 4% DE LAS FAMILIAS INCURRIÓ EN GASTO CATASTRÓFICO EN SALUD EL 2012



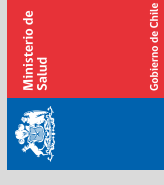
EL GASTO EN MEDICAMENTOS HA DISMINUIDO ENTRE 1997 Y 2012 EN EL GRAN SANTIAGO



13 MIL HOGARES SE EMPOBRECEN EN 2012 DEBIDO AL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD



Elaborado por DESAL 2015 en base a Estudio Gasto Catastrófico y Gasto de Bolsillo en Salud período 1997-2012 (MINSAL, 2015).

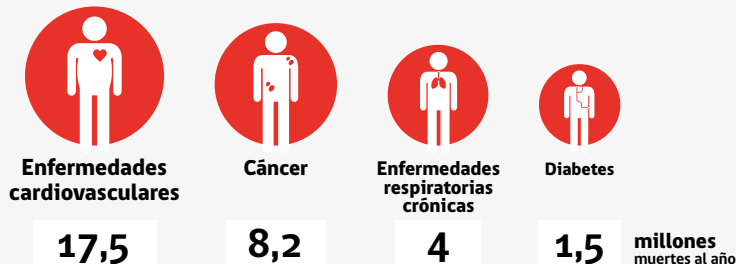


Infografía: Impacto económico de las ENT en Chile



EL IMPACTO ECONÓMICO DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT) EN CHILE EN TRES DIMENSIONES

A nivel mundial las ENT provocan el **68%** de las muertes. El **82%** de estas son causadas por las siguientes enfermedades:



Fuente: Global status report on noncommunicable diseases 2014, OMS.

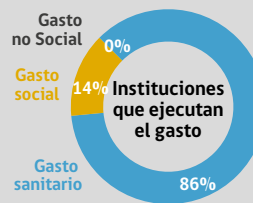
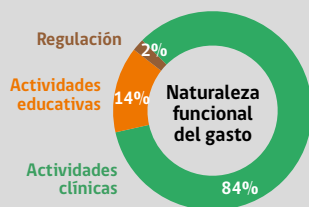
FACTORES DE RIESGO Consumo de tabaco | Sedentarismo | Dietas poco saludables | Uso nocivo de alcohol

1 0,2% DEL PIB FUE INVERTIDO POR EL SECTOR PÚBLICO EN PREVENCIÓN DE ENT EN 2013

Se gastó \$ 215.227 millones en prevención de ENT en el sector público.

El gobierno central destinó 0,7% a prevención de ENT.

Desagregación del gasto en prevención de ENT:

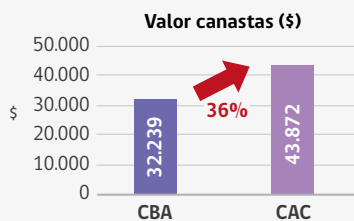


- Ministerio de Desarrollo Social
- Ministerio de Educación
- Ministerio del Deporte
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública
- Ministerio del Medio Ambiente
- Ministerio de Bienes Nacionales
- Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones
- Ministerio de Salud

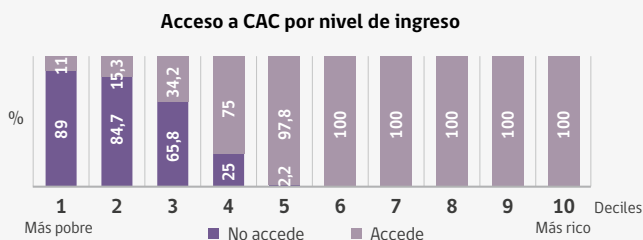
2 EL 27% DE LOS HOGARES EN CHILE NO PUEDEN ACCEDER A UNA CANASTA ALIMENTARIA DE CALIDAD

Canasta Básica de Alimentos (CBA): da cuenta de las necesidades nutricionales mínimas de la población en términos de calorías consumidas.

Canasta Alimentaria de Calidad (CAC): busca dar cuenta de una alimentación con estándares nutricionales de mayor calidad que la CBA en aspectos más amplios que solo un mínimo calórico.



La CAC es un 36% más cara que la CBA.



Principalmente la población perteneciente a los tres deciles más pobres no puede acceder a una CAC.

3 EL 36% DEL GASTO CATASTRÓFICO EN SALUD SE ATRIBUYE A ENT

Un hogar incurre en GCS cuando su Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) sobrepasa el 30% de su capacidad de pago.

Umbral	Nº hogares c/GCS	% hogares c/GCS	% GCS atribuible a ENT	Nº hogares c/GCS debido a ENT	% hogares c/GCS debido a ENT
30%	123.091	4,1%	36%	44.241	1,5%

El 1,5% de los hogares incurren en GCS debido a ENT

Se distribuye en:

- Medicamentos... 5%
- Hospitalizaciones... 10%
- Otros... 21%

FUENTE: Elaborado por el Departamento de Economía de la Salud, MINSAL, en base a resultados del estudio "Estudio sobre el cálculo de indicadores para el monitoreo del impacto socioeconómico de las enfermedades no transmisibles en Chile" MINSAL, OPS, CEPAL 2015.

Noticias

BOLETÍN Nº 1 - DESAL 2016

25 de diciembre de 2015

■ REUNIÓN ISAGS: DESAFÍOS DE LOS MODELOS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS EN SALUD



El 8 y 9 de diciembre de 2015 se desarrolló la reunión de los modelos de evaluación de tecnologías en salud llevada a cabo en Rio de Janeiro en la sede del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS). El encuentro tuvo por objetivo discutir los criterios técnicos y las limitaciones políticas que rodean los procesos de evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias; y contó con la presencia de delegados de ocho países de UNASUR, además de expertos, investigadores internacionales y consultores de instituciones multilaterales.

En sus ponencias, los participantes debatieron los retos enfrentados por los departamentos de Economía de la Salud para garantizar a las poblaciones el derecho a tratamientos esenciales, a pesar de las limitantes presupuestarias y de los problemas que envuelven los procedimientos de incorporación en la toma de decisiones. Entre otros temas se señaló que los países de América del Sur carecen de procedimientos formales para la evaluación y la incorporación de tecnologías en salud. Con la excepción de Brasil y Colombia, los países adoptan modelos recomendatorios de evaluación que en la práctica pueden o no ser tomados en cuenta cuando se decide si una tecnología es buena o mala, si tiene beneficios o es consistente con la capacidad presupuestaria de la nación.

Se destacó que a pesar de la inestabilidad político-económica y los constantes cambios en los cargos públicos que caracterizan a nuestra región, los países de América han promovido esfuerzos para fortalecer los marcos institucionales y establecer reglas más racionales y transparentes de incorporación de tecnologías en salud, favorecida por los mecanismos multilaterales de cooperación técnica como la resolución instituida en el 2012 por la OPS.

Al final del evento los participantes elaboraron una matriz de trabajo respecto de sus sistemas de evaluación de tecnologías con el objetivo de identificar fortalezas y debilidades en estos procesos. A partir de este documento consensuado, ISAGS creará un compendio de posibilidades de actuación o cooperación que pueda ser debatido entre los países de UNASUR en el futuro, explicó Mónica Sutton, la coordinadora del encuentro y consultora técnica del ISAGS acerca del complejo industrial de la salud y su regulación.

7 de enero de 2016

■ AUDIENCIA PÚBLICA DEL ESTUDIO DE VERIFICACIÓN DE COSTOS DEL GES



El lunes 28 de diciembre se realizó la Audiencia Pública de los resultados del Estudio de Verificación del Costo Esperado por Beneficiario (EVC-2015), según lo que estipula la ley, en virtud de la generación de un nuevo decreto GES para el 2016. El estudio fue ejecutado por el Instituto de Administración en Salud (IAS) perteneciente a la Facultad de Economía y Negocios (FEN) de la Universidad de Chile.

La presentación contó con la presencia del Dr. Jaime Burrows, Subsecretario de Salud Pública, quien dio comienzo al evento con palabras alusivas a la importancia del avance que se ha producido en las Garantías Explícitas en Salud (GES) a 10 años de su implementación, fecha en que comenzó el proceso con la introducción de 25 patologías hasta los 80 problemas de salud que se contemplan en la actualidad.

Dieron la bienvenida a la audiencia la Dra. Verónica Rojas, Jefe (S) de la División de Planificación Sanitaria y el Sr. Alain Palacios, Jefe del Departamento de Economía de la Salud.

La presentación de los resultados del estudio estuvo a cargo de la Sra. Sylvia Galleguillos, Directora Ejecutiva

del IAS y jefa del proyecto, en conjunto con los jefes de los grupos que desarrollaron el estudio, la Dra. Liliana Jadue y el Sr. Alberto Muñoz.

Los asistentes a la audiencia fueron los representantes de FONASA, ISAPRE y de la Asociación de ISAPRE, además de la Contraparte Técnica del estudio, conformado por profesionales del Ministerio de Salud, Superintendencia

de Salud y Dirección de Presupuestos (DIPRES). El principal objetivo de la Audiencia Pública fue recibir los comentarios y preguntas de los seguros de salud, respecto de los resultados del estudio, las que serán incorporadas en la versión final del estudio de verificación de costos, además de aquellas preguntas que se reciban en forma posterior a la audiencia en el plazo definido por el Ministerio de Salud.



Contraparte Técnica del Estudio.



Equipo de Trabajo IAS.

16 de febrero de 2016

■ NEWTON-PICARTE: FONDOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INSTITUCIONALES ENTRE GRAN BRETAÑA Y CHILE

La embajada británica organizó un evento de *networking* en su residencia, a la que asistieron miembros de la comunidad científica, el mundo académico, representantes gubernamentales, parlamentarios y otros oradores invitados por el Senado de Chile. Se utilizó el evento para mostrar la colaboración entre Gran Bretaña y Chile en la ciencia y la innovación, por medio de exposición de pósters de los proyectos financiados por el fondo de Newton-Picarte. A este evento asistió Marianela Castillo como investigadora principal del proyecto de capacidades institucionales en ETESA, que se adjudicó el Ministerio de Salud en este marco.



31 de marzo de 2016

■ TALLER DE CONSULTA TÉCNICA CON EXPERTOS/USUARIOS SOBRE METODOLOGÍA DEL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD 2011



Desde el 21 al 23 de marzo de 2016 se realizó en Washington D.C., Estados Unidos, el Taller de consulta técnica con expertos / usuarios en el marco del Proyecto de Institucionalización de la producción de Cuentas de Salud en la región de las Américas utilizando como metodología el Sistema de Cuentas de Salud (SHA por su sigla en inglés) 2011. Dicho evento fue organizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El taller puso especial énfasis en la institucionalización del SHA en los países de la región; en el diseño de indicadores para el sector basados en datos de cuentas y en la utilización de estos para la toma de decisiones en los países.

Las ponencias estuvieron basadas en el contenido del curso virtual, los que abordan en su mayoría la metodología SHA 2011.

Entre estas se encuentran una introducción al Sistema de Cuentas de Salud, donde se abordan los propósitos y objetivos de la implementación de un SCS; las dimensiones y clasificaciones del SHA 2011, entre estas clasificación por Funciones de Salud, Proveedores de Atenciones de Salud, Esquemas de Financiamiento, entre otras. La relación entre los marcos de Sistemas de Salud y de las Cuentas de Salud.

Se discutió la manera más óptima de cómo aplicar ejercicios prácticos en el que los participantes del curso pueden aplicar los conceptos y definiciones tratados a lo largo del curso.

Entre los países participantes del taller estaban Bolivia, Colombia y Perú, en representación del Ministerio de Salud de Chile asistió Gloria Farías Sarmiento, profesional del IES (Oficina de Información Económica en Salud), del Departamento de Economía de la Salud.

13 de abril de 2016

■ TALLER DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESP)



El pasado martes 29 y miércoles 30 de marzo se realizó el "Taller de Evaluación del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)"; en dependencias del Aula Magna de la Universidad de La Frontera. Participaron autoridades OPS Chile, autoridades regionales del sector salud, MINSAL y académicos del Departamento de Salud Pública de la Universidad de La Frontera. Por la Subsecretaría de Salud Pública participó el Dr. Fernando Muñoz Porras; de la División de Planificación Sanitaria participaron Patricia Rojo Cárdenas y Mónica Aravena Pastén, del Departamento de Economía de la Salud.

Esta actividad es parte de un proyecto FONIS que obtuvo el Departamento de Salud Pública de la UFRO en colaboración con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, la OPS y el Ministerio de Salud. Se realizó la validación del instrumento de medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, FESP.

Dr. Javier Uribe consultor en sistemas y servicios de salud de la OPS/OMS, expresó: "Es trascendental esta actividad, porque con la experiencia que se obtuvo en todos los países de la región con un trabajo similar que terminó en el año 2002, se concluyó que esta es una carta de navegación fundamental para mejorar la gestión en un sistema de salud. En el caso de Chile se está realizando una adaptación del instrumento regional a la realidad de este país, lo que tendrá una significación muy importante porque sería un traje hecho a la medida para el sistema de salud chileno".

22 de abril de 2016

■ VISITA A LONDRES DE INVESTIGADORES DEL PROYECTO NEWTON-PICARTE SOCIAL VALUE JUDGEMENT

El 31 de marzo y 1 de abril se llevaron a cabo dos actividades de capacitación en Londres dentro del marco del Proyecto Newton-Picarte para fortalecer capacidades institucionales en el ámbito de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA). El tema general de capacitación fue la incorporación de juicios de valor social en procesos de ETESA, y los profesionales capacitados del Ministerio de Salud fueron Marianela Castillo, Rafael de Feria, Berenice Freile, Carolina Mendoza y Elisa

Llach, así como de la Universidad de los Andes, Marcela Cárcamo.

Las actividades realizadas fueron un Taller en el National Institute of Health and Care Excellence (NICE) International y un Seminario en King's College of London (KCL).

Los temas específicos abordados en NICE fueron el rol del NICE en el Sistema Nacional de Salud Inglés (NHS); funcionamiento del programa de evaluación de tecnologías altamente especializadas, métodos y selección de miembros en la participación de *stakeholders* en los procesos de recomendación de NICE; historia, funcionamiento y rol de los Consejos Ciudadanos en el NICE y el rol de los juicios de valor social en las guías de recomendación del NICE.

Los temas abordados en KCL fueron el rol de los juicios de valor social en el proceso de priorización en salud; funcionamiento y rol del programa del centro de evaluación de dispositivos médicos de imagenología (KiTEC) y relación NICE-KCL.

La delegación chilena presentó en ambas dependencias los avances y pasos a seguir en el proyecto Newton-Picarte acerca de la metodología a usar en Chile para obtener los juicios de valor social de nuestra población. Esta exposición estuvo a cargo de la Coordinadora de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA), Marianela Castillo.

El equipo de trabajo de Chile continuará trabajando en el proyecto, de manera de traducir y contextualizar la herramienta Decision-making Audit Tool (DMAT), diseñada por KCL para la obtención de valores sociales de la población general, así como su aplicación a distintos interesados como un plan piloto durante el 2016.

Subsecretario de Salud Pública: Dr. Jaime Burrows Oyarzún.
Jefe División de Planificación Sanitaria: Dr. Cristian Herrera Riquelme.
Jefe Departamento de Economía de la Salud: Alain Palacios Quezada.
Editora Responsable: Andrea Arenas Gómez.