



# ECONOMÍA Y SALUD

Volumen 7

Nº 2

2013

## Editorial

### EN ESTA EDICIÓN

1. Metodologías de estimación del gasto de bolsillo en salud: revisión internacional y propuesta para Chile 2

2. Resultados obtenidos en el Estudio de Verificación del Costo esperado individual por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con Garantías Explícitas de Salud 2012 (EVC-2012) 8

3. Atención primaria de salud en Chile: mecanismos de financiamiento y consideraciones de equidad 14

Noticias 22

Boletín Semestral  
Economía y Salud  
Volumen 7 • Nº 2 • 2013  
Noviembre

Ministerio de Salud  
Gobierno de Chile  
Mac Iver 541,  
Santiago de Chile  
Fono: (56-2) 574 05 08  
ISSN 0718-5294

Diseño, diagramación e impresión: Gráfica LOM

La cobertura universal en salud se ha posicionado en los últimos años como uno de los principales objetivos globales en salud, siendo catalogada como “el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer” por la Dra. Margaret Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al respecto, en diciembre de 2012, la Asamblea General de Naciones Unidas, en una resolución adoptada por consenso, señala que la cobertura universal en salud será una meta central en el período posterior a 2015, año en que vence el plazo de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El propósito de la cobertura sanitaria universal es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, con un buen estándar de calidad, y sin tener que pasar por dificultades económicas para financiarlos. En relación a esto, el Informe sobre la salud en el mundo 2013 de la OMS solicita que los países inviertan en investigación de ámbito nacional, con el propósito de implementar un sistema de cobertura universal adaptado a la realidad de cada país. En efecto, se señala que no es posible alcanzar la cobertura sanitaria universal sin los datos científicos que proporciona la investigación. Esto porque la investigación permite abordar algunas de las preguntas clave que plantea la consecución de dicha meta.

El Departamento de Economía de la Salud (DESAL) se encuentra en sintonía con lo afirmado en el párrafo precedente debido a que su función principal es entregar elementos técnicos, desde el campo de la Economía de la Salud, para la toma de decisiones en el sector. Esto se refleja en la presente edición del Boletín Economía y Salud, que considera la publicación de tres artículos que pueden ser vinculados al debate sobre cómo avanzar hacia la meta de cobertura sanitaria universal.

La cobertura sanitaria universal considera la reducción de los pagos directos realizados por las personas (también conocidos como gasto de bolsillo en salud). Esto debido a que los gastos de bolsillo pueden convertirse en una barrera al acceso y producir empobrecimiento en la población. Dicho tema es analizado en el primer artículo del boletín que se titula “**Metodologías de estimación del gasto de bolsillo en salud: revisión internacional y propuesta para Chile**”. Este artículo resume los principales hallazgos del estudio encargado por el DESAL y realizado por los académicos Camilo Cid Pedraza y Lorena Prieto

Toledo. Dicho estudio tuvo como objetivo realizar una revisión de la literatura internacional y nacional para proponer una metodología de medición del gasto de bolsillo en salud factible de implementar en nuestro país, que sea consistente con las mejores prácticas internacionales.

Del mismo modo, los principios de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera que inspiran el principal componente de la reforma implementada durante la década pasada en nuestro país, el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), son consistentes con los objetivos que plantea la meta de cobertura sanitaria universal. Al respecto, una de las líneas de trabajo del DESAL es la de apoyar y desarrollar estudios relacionados con el Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Este tópico es abordado en el segundo artículo, denominado “**Resultados obtenidos en el Estudio de Verificación del Costo esperado individual por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con Garantías Explícitas de Salud 2012 (EVC-2012)**”. Este artículo tiene como objetivo resumir los principales resultados del mencionado estudio, que fue licitado y realizado por la consultora Bitrán y Asociados, en que el DESAL participó en la coordinación entre el consultor y la contraparte técnica.

Otro frente de investigación que desarrolla el DESAL es el financiamiento de la atención primaria de salud. Dicho nivel de atención es considerado un factor crítico para la consecución de la cobertura universal en salud. En efecto, un sistema de salud que aspire a la cobertura universal debe proveer servicios primarios de salud con una extensa cobertura geográfica, que incluya áreas remotas y rurales, y una cantidad adecuada de personal sanitario calificado. Por lo que el tercer artículo, denominado “**Atención primaria de salud en Chile: mecanismos de financiamiento y consideraciones de equidad**”, tiene como objetivo revisar los principales conceptos y modelos disponibles del financiamiento per-cápita y sintetizar los diversos estudios nacionales que han propuesto mejoras a este modelo.

Finalmente, reiteramos la invitación a mantenerse informado de nuestro trabajo a través de la renovada página web del DESAL (<http://desal.minsal.cl>). En esta página podrán acceder a los estudios que originan los artículos de este boletín y conocer otras publicaciones y proyectos del departamento.

# 1. Metodologías de estimación del gasto de bolsillo en salud: revisión internacional y propuesta para Chile<sup>1</sup>

Sergio Poblete Vargas<sup>2</sup> – Viviana García Carmona<sup>3</sup>  
sergio.poblete@minsal.cl – vgarcia@minsal.cl

## Introducción

El gasto de bolsillo en salud (GBS) es considerado el mayor obstáculo para acceder a la atención de salud y una de las barreras para el logro de la meta de cobertura universal promovida por la Organización Mundial de la Salud. En efecto, el GBS es la forma más desigual e ineficiente de financiar la salud [1].

En nuestro país, el GBS es materia de preocupación de autoridades e investigadores debido a que Chile exhibe una de las mayores proporciones de GBS respecto del gasto total en salud entre los países que componen la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) [2].

Lo anterior implicó que en la Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020, formulada por el Ministerio de Salud, se estableciera explícitamente como meta disminuir la proporción de gasto de bolsillo en el gasto total en salud.

Debido a la importancia que tiene el GBS es necesario contar con estimaciones confiables de este agregado, que permitan monitorear su evolución de forma certera. En tal contexto, el Departamento de Economía de la Salud licitó en el segundo semestre de 2012 el estudio “Sistematización de las Metodologías de Medición del

Gasto de Bolsillo en Salud y Propuesta Metodológica para Chile”, que fue adjudicado al Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica y realizado por los académicos Camilo Cid Pedraza (Pontificia Universidad Católica de Chile) y Lorena Prieto Toledo (Escuela de Administración de Negocios para Graduados del Perú).

El objetivo del estudio fue realizar una revisión de la literatura internacional y nacional para elaborar una propuesta metodológica que permita generar estadísticas de gasto de bolsillo en salud consistentes con las mejores prácticas internacionales y las fuentes de información disponibles en el país. A continuación, se describen los principales hallazgos de este trabajo.

## Conceptualización del gasto de bolsillo en salud

La OMS define GBS como todos aquellos gastos realizados en el momento que el individuo u hogar se beneficia del servicio de salud<sup>4</sup>. Cabe resaltar que el GBS incluye los gastos en medicina complementaria y no considera el gasto en transporte para obtener la atención ni los gastos realizados en productos de nutrición especial. Adicionalmente, se debe deducir del gasto de bolsillo cualquier reembolso realizado por un seguro de salud [3].

En el mismo sentido, la OCDE señala que el GBS incluye el co-financiamiento, automedicación y otros gastos pagados directamente por los hogares, sin diferenciar si el contacto con el sistema de salud fue en base a iniciativa del paciente o por referencia. Por otro lado, en OIT-OPS (1999) se desagrega el GBS en tres componentes: 1) el

4 El servicio de salud puede ser provisto en el sector formal (centros de salud, clínicas, consultorios, farmacias, etc.) o informal (medicina tradicional, curanderos, etc.).

pago de bolsillo puro que se refiere a los pagos directos que financian el 100% del precio de la prestación; 2) los pagos adicionales (formales o informales) que realizan los hogares al requerir la atención en proveedores públicos; y 3) el co-financiamiento con aseguramiento, por ejemplo, a través de co-pagos y deducibles [4].

Finalmente, el estudio también señala que en base a la literatura revisada el GBS no debe considerar el pago de primas obligatorias o voluntarias por seguros de salud, ya que el GBS ocurre sólo ante eventos de salud [5].

## Revisión internacional de métodos de estimación del gasto de bolsillo en salud

### Metodología de estimación del gasto de bolsillo en salud en las cuentas de salud

En una revisión de los métodos de estimación del GBS en las cuentas de salud, Rannan-Eliya (2010) destaca el uso de las encuestas de hogares. Al respecto, se identifican distintos enfoques entre los que se puede citar: a) utilización directa de información declarada en las encuestas de hogares; b) utilización indirecta de las encuestas hogares a través de referencias a estimaciones de cuentas nacionales del consumo de hogares; y c) triangulación de datos de cuentas de hogares con otro tipo de información como encuestas y registros de empresas [6].

Cabe consignar que la utilización de encuestas de hogares puede producir dos tipos de errores: muestrales y no muestrales. El error muestral está relacionado con la representatividad de la muestra (diseño muestral) y se produce cuando no están

debidamente representadas todas las áreas o poblaciones de un país. Por su parte, el error no muestral está relacionado con aspectos metodológicos, como son el diseño e implementación de la encuesta y con las limitaciones inherentes a las respuestas del cuestionario. Por lo que se recomienda para corregir estos errores que se realicen estudios de validación de la información [6].

En base a la literatura revisada en el informe, se concluye que es recomendable el uso de encuestas de presupuestos familiares (EPF) para la medición del GBS [5]. Esto porque tales encuestas consideran criterios de cuentas nacionales en sus clasificaciones de consumo privado de los hogares y porque las encuestas específicas para medir el gasto de hogares en salud presentan sesgos que sobreestiman el gasto en salud y subestiman el gasto total del hogar. Por otro lado, algunos autores señalan que no es aconsejable realizar ajustes a los ingresos y gastos de encuestas con el propósito de asimilar datos a las cuentas nacionales. Lo anterior, debido a que no existe evidencia para suponer que los registros de cuentas nacionales son superiores a los reportados por encuestas de hogares [7].

### Metodología de estimación del GBS en países seleccionados

En el Cuadro 1 se presenta una descripción del método utilizado para medir el GBS en ciertos países:

Cuadro 1. Métodos de estimación del gasto de bolsillo en salud en países seleccionados.

País	Método	Principales fuentes de información
Australia	Se estima el GBS para un año base (2002-2003). La estimación del GBS del año base usa los datos de cuentas nacionales de consumo de hogares en salud deduciendo los gastos financiados por seguros médicos privados. Para tener datos posteriores al año base se utilizan datos de variaciones de los costos de servicios y proyecciones de la cobertura de población de seguros privados.	Datos de seguros privados de la Private Health Insurance Advisory Council. Datos del Sistema de Cuentas Nacionales.

1 Este artículo corresponde a un resumen del estudio Sistematización de las Metodologías de Medición del Gasto de Bolsillo en Salud y Propuesta Metodológica para Chile. El informe completo se encuentra disponible en <http://desal.minsal.cl>.

2 Investigador del Departamento Economía de la Salud del Ministerio de Salud de Chile.

3 Asesora de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud de Chile.

País	Método	Principales fuentes de información
Canadá	La sección de gastos directos en salud de la Encuesta Anual de Gastos del Hogar se utiliza para estimar el GBS en atención médica, dental, oftalmológica, otros profesionales de la salud, medicamentos recetados y otros bienes de salud. Para estimar el GBS hospitalario se usan los ingresos por servicios pagados por pacientes en hospitales. Para los medicamentos no recetados se utilizan los registros de ventas del mercado minorista.	Encuesta Anual de Gastos del Hogar. Base de datos de información estadística y financiera de hospitales. Base de datos de venta de medicamentos de Nielsen Company.
Estados Unidos	Se estima el GBS en base a la Cuenta Satélite de Salud de manera residual, es decir, el GBS se calcula como el resultado del gasto agregado menos todos los otros pagos de agentes distintos a los hogares. Finalmente, la distribución del GBS se calcula utilizando encuestas y otras bases de datos.	Datos de la Cuenta Satélite de Salud. Encuesta de Gasto de Hogares. Encuesta de Panel de Gastos Médicos.
Brasil	Los años en que se realiza la Encuesta de Presupuestos Familiares se utilizan los datos de gasto en cada producto de salud realizado por los hogares de Brasil. Para los otros años se proyecta en base a los datos de ingresos de la Encuesta Nacional de Hogares (se supone que el perfil de consumo no cambia).	Encuesta de Presupuestos Familiares. Para proyectar datos se utiliza la Encuesta Nacional de Hogares.
México	El gasto en salud de los hogares es el que arroja el Sistema de Cuentas Nacionales para el año base. Para años de seguimiento se utiliza la elasticidad del GBS respecto al consumo privado de los hogares. Para desagregar el GBS por unidad federativa se utiliza la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño.	Sistema de Cuentas Nacionales. Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño.

Fuente: Elaboración propia en base a MINSAL 2013 [5].

En el caso de Australia, Estados Unidos y México destaca como fortaleza que se consideran criterios y datos de las cuentas nacionales al construir las cifras de GBS lo que supone cierta solidez metodológica. En el mismo sentido, la utilización de la Encuesta de Presupuestos Familiares en Brasil resulta consistente con la cuentas nacionales porque es la principal fuente de información de las estadísticas de consumo de los hogares.

Por otro lado, resalta como falencia o fuente de imprecisión lo ya señalado sobre las encuestas de hogares: error muestral y no muestral. En el caso de Australia, el cálculo del GBS depende del cambio de año base de las cuentas nacionales. Por su parte, en Estados Unidos la variedad de fuentes y su falta de consistencia dificultan la precisión metodológica, de acuerdo a los autores del informe [5].

### Antecedentes de la medición del gasto de bolsillo en salud en Chile

#### Enfoque de Cuentas de Salud

Uno de los primeros trabajos realizados en Chile para estimar el GBS fue realizado por FONASA-OPS (2001) en el contexto de desarrollo de las primeras Cuentas Salud [8]. En dicho trabajo se estima el GBS en base a estadísticas de co-pagos y gasto farmacéutico privado (IMS Health Data). En la misma línea, Urriola (2004) dando continuidad a la anterior estimación de cuentas de Salud realizada por FONASA genera una serie anual para el periodo 2000-2003 [9]. El gasto de bolsillo estimado en Urriola (2004) considera tres componentes: a) copagos de la modalidad institucional del sector público y privado; b) gasto de farmacia (en base a información de ventas minoristas de IMS Health Data); y c) gasto de personas sin seguro previsional en base a supuestos de consumo por quintil. Otros estudios posteriores también se enmarcaron en la misma lógica generando datos de GBS agregados en base a registros administrativos y ventas de medicamentos de farmacias [10-12].

En una segunda etapa de desarrollo se encuentran aquellos trabajos que se basan en datos de las cuentas nacionales que elabora el Banco Central de Chile. Es así como Urriola (2010) utiliza el gasto de consumo de hogares de las cuentas nacionales [13]. Esta metodología es actualmente utilizada por FONASA para estimar el GBS en sus boletines estadísticos<sup>5</sup>. En efecto, actualmente FONASA informa como GBS la cifra extraída directamente del consumo de hogares según la clasificación por producto publicada por el Banco Central, lo cual presenta problemas metodológicos debido a que en caso de necesitar medir el gasto en salud existen bienes como los medicamentos que se encuentran clasificados como productos industriales (químicos) y no como un servicio de salud. Esta limitante había sido detectada por el Banco Central que publicó un documento clasificando los bienes por finalidad<sup>6</sup> [14].

Por otro lado, se encuentran las estimaciones realizadas por la Unidad de Cuentas de Salud del Ministerio de Salud en el marco de las Cuentas de Salud. Al respecto, desde el año 2010 dicha Unidad calcula las cifras de GBS para Chile incluso corrigiendo cifras para años anteriores e informando a organizaciones internacionales como OCDE y OMS. La metodología se basa en información de la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y datos de las cuentas nacionales del Banco Central.

En particular, la Unidad de Cuentas de Salud utiliza las EPF para calcular la participación del gasto de bolsillo en salud sobre el gasto total de los hogares. La particularidad es que no se utiliza el coeficiente que publica el INE, dado que este considera el gasto del hogar excluyendo los arriendos imputados; con lo cual, se toma el gasto mensual total del hogar considerando los arriendos imputados. La razón de hacer de esto es que este coeficiente se utilizará sobre el consumo final de los hogares que publica Cuentas Nacionales del Banco Central, y este dato considera dentro de los gastos de los hogares los arriendos imputados, con lo cual, para ser consistentes con

5 Las cifras presentadas en Urriola (2010) y las publicadas por FONASA coinciden desde 2003.

6 Adicionalmente, las actuales estadísticas utilizadas por FONASA consideran el consumo de las Instituciones Privadas sin Fines de Lucro.

esta variable macroeconómica se decide hacer este ajuste. Asimismo, se utiliza la variable de consumo final de los hogares, asumiendo que es una variable macroeconómica robusta, y solamente se hace un pequeño ajuste para restar el consumo final de las Instituciones Sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares (ISFLSH), dado que para los años de seguimiento se presenta el dato agregado de consumo final de hogares e ISFLSH. Finalmente se aplica el coeficiente sobre el consumo final de los hogares (ajustado) y se obtiene el gasto de bolsillo en salud para cada año.

#### Trabajos basados en encuestas para medir el impacto del gasto en salud en los hogares

Estos trabajos se han basado principalmente en encuestas y buscan dimensionar el impacto del gasto en salud en la situación de los hogares, por ejemplo, la cuantificación del gasto catastrófico<sup>7</sup>. Entre estas iniciativas destaca la Encuesta Nacional de Satisfacción y Gasto en Salud (ENSGS) realizada en 2005 por el MINSAL. Esta encuesta permite realizar una desagregación del gasto en salud y observar su distribución por quintiles de ingreso. Sin embargo, adolece de los problemas típicos de encuestas específicas para medir el gasto en salud: subestimación del gasto total de los hogares y sobreestimación del gasto de los hogares en productos y servicios de salud.

Por otro lado, Peticara (2008) realiza un análisis del GBS y del gasto catastrófico en salud basado en la EPF 1997 con el propósito de determinar las variables que explican un alto gasto en salud de los hogares. Dicho estudio concluye que la incidencia del GBS aumenta con un jefe de hogar mayor de 65 años, presencia de personas de la tercera edad en el hogar y que se produzcan eventos hospitalarios [15]. En la misma línea de investigación, Bitrán y Muñoz (2012), en base a información de la ENSGS, determinan la probabilidad e incidencia del gasto catastrófico concluyendo que en Chile un 6,4% de la población incurre en gasto catastrófico en salud [16].

7 El gasto en salud es considerado catastrófico cuando un hogar debe reducir sus gastos básicos en un período de tiempo para pagar gastos de salud [3].

Por su parte, Cid y Prieto (2012) realizan una comparación de la evolución del GBS entre 1997 y 2007, utilizando la EPF. Señalan que el GBS como porcentaje del gasto del hogar se mantuvo durante el período y que en términos reales el GBS promedio aumentó en 22,7% [17]. Finalmente, Correa-Burrows (2012) analiza el GBS efectuado por enfermos crónicos en base a un cruce de información de la encuesta CASEN y la EPF 2007, concluyendo que individuos de ingresos medios y bajos con problemas de salud crónicos y sus familias se encuentran particularmente expuestos a realizar GBS [2].

## Propuesta metodológica para Chile

En esta sección se presentan las recomendaciones realizadas por los autores del informe en base a la literatura revisada y a las mejores prácticas internacionales.

Se recomienda el uso de la EPF como fuente de información principal para estimar el GBS en Chile. Esto porque esta encuesta tiene como propósito primordial caracterizar la estructura del gasto de los hogares. Adicionalmente, constituye un insumo relevante para la elaboración de las cuentas de hogares de las Cuentas Nacionales del Banco Central. Por otro lado, la EPF tiene representatividad para el conjunto de capitales regionales, lo que proporciona una estimación de la estructura del gasto total nacional.

En el mismo sentido, se recomienda no realizar ajustes de ingresos o gastos de encuestas para asimilarlas a las cifras de cuentas nacionales. Lo anterior debido a que esto no es una práctica habitual en el ámbito internacional. En efecto, se señala que este tipo de ajustes altera de forma artificial la estructura distributiva de variables reportadas por encuestas [7]. Al respecto, no hay razones para asumir que los registros de cuentas nacionales sean superiores a los reportados por las encuestas de hogares como la EPF.

Por tanto, la metodología específica propuesta por los autores del informe es la siguiente:

1. Calcular la suma del GBS de los hogares en la EPF
2. Cálculo del GBS total para áreas urbanas. El resultado anterior se expande poblacionalmente utilizando la razón entre la población urbana publicada por el INE para el año 2007 y la población representada en la EPF 2007.
3. Cálculo del GBS para áreas rurales. "Se parte con el GBS per cápita estimado en la EPF 2007 y se expande multiplicándola por la población rural publicada por el INE para el año 2007. Sin embargo, como los ingresos en las áreas rurales suelen ser menores que los ingresos de las áreas urbanas y se está utilizando el GBS per cápita para las grandes ciudades, entonces esta cifra se ajusta por ingreso en base al promedio de las razones entre el ingreso autónomo del hogar rural sobre el ingreso autónomo del hogar urbano por decil de la encuesta CASEN del año 2006" [5].

Cabe consignar que en la estimación de GBS no debiera incluirse las cotizaciones adicionales voluntarias en el sistema de ISAPRE debido a que estas no son consideradas en experiencias revisadas de países ni en los documentos de mejores prácticas de organismos internacionales.

La recomendación presentada es útil para los años en que existen datos de la EPF. Por lo que es necesario tener un método de proyección para el resto de años. La propuesta es tener un enfoque como el de México y Brasil que usan elasticidades respecto al gasto total de hogares. Específicamente, se propone utilizar la elasticidad del gasto en salud de los hogares respecto al gasto total de hogares. Entendiendo elasticidad como el cambio porcentual que tiene el gasto en salud de los hogares ante un cambio en el gasto total de los hogares. Por lo que, calculando dicha elasticidad y el dato de consumo de hogares publicado por el Banco Central anualmente, es posible tener una estimación del GBS.

El Cuadro 2 presenta una comparación entre el cálculo propuesto por Cid y Prieto en el informe y las cifras actualmente calculadas por la Unidad de Cuentas de Salud del MINSAL para el GBS. Se puede apreciar que existen diferencias menores al 5% entre el método propuesto y las actuales cifras calculadas por el MINSAL.

Cuadro 2. Estimaciones del Gasto Bolsillo en Salud

Año	MINSAL 2013 MM\$ 2007	Propuesta MM\$ 2007	Diferencia porcentual (%)
2007	2.319.295	2.210.071	4,71
2008	2.419.539	2.340.697	3,26
2009	2.410.557	2.379.148	1,30
2010	2.650.298	2.740.416	-3,40

Fuente: Elaboración propia en base a MINSAL 2013 [5].

Finalmente, para perfeccionar el método propuesto en el futuro, es recomendable incrementar la periodicidad y cobertura de la EPF. Actualmente, se ha planteado por parte del INE realizar encuestas cada 5 años. Sin embargo, es aconsejable disminuir el periodo a tres años como en el caso de Brasil o anualmente como en el caso de Canadá. Adicionalmente, es necesario que se extienda a áreas no capitales y rurales de forma que represente el total de la población del país.

## Referencias

1. World Health Organization, The world health report-Health systems financing: the path to universal coverage. 2010.
2. Correa-Burrows, P., Out-Of-Pocket Health Care Spending by the Chronically Ill in Chile. *Procedia Economics and Finance*, 2012. 1(0): p. 88-97.
3. Xu, K., et al., Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003. 362(9378): p. 111-7.
4. OIT-OPS, El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud. 1999, Organización Internacional del Trabajo y Organización Panamericana de Salud.
5. MINSAL, Sistematización de las Metodologías de Estimación del Gasto de Bolsillo en Salud y Propuesta Metodológica para Chile. 2013, Ministerio de Salud: Santiago.

6. Rannan-Eliya, R.P., Estimation out-of-pocket spending form national health accounts. 2010, World Health Organization.
7. Bravo, D. y J.A. Valderrama Torres, El impacto de los ajustes de ingresos realizados en la Encuesta CASEN sobre la medición de la desigualdad en Chile. *Estudios de economía*, 2011. 38(1): p. 43-65.
8. FONASA-OPS, Estimaciones de Cuentas de Salud 2000. 2001: Santiago.
9. Urriola, R., Cuentas de salud de Chile. Santiago de Chile, Fondo Nacional de Salud (FONASA), 2004.
10. Cid, C., et al., Equidad en el financiamiento de la salud y protección financiera en Chile: una descripción general. *Cuadernos Médico Sociales*, 2006. 46: p. 7.
11. Cid, C., et al., Monitoreo y seguimiento de la reforma: determinación de línea basal de equidad en la protección financiera, en Informe de la Superintendencia de Salud. 2006, Superintendencia de Salud.
12. Cid, C., Financiamiento agregado de la salud en Chile: año 2008. *Cuadernos Médico Sociales*, 2011. 51(3): p. 7.
13. Urriola, R., Financiamiento de la atención de salud en Chile, 2000-2007. *Cuadernos Médico Sociales*, 2010. 52(2).
14. Fernández, I., Clasificación del gasto en consumo final de los hogares e instituciones privadas sin fines de lucro por finalidad, Período 2003-2007. 2009, Banco Central de Chile.
15. Peticara, M., Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. 2008: CEPAL Santiago de Chile.
16. Bitrán, R. and R. Muñoz, Health financing and health expenditure in Chile, in *Financing health in Latin America*, F. Knaul, R. Wong, and H. Arriola, Editors. 2012.
17. Cid, C. y L. Prieto, El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2012. 31(4): p. 310-16.

## 2. Resultados obtenidos en el Estudio de Verificación del Costo esperado individual por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con Garantías Explícitas de Salud 2012 (EVC-2012)<sup>1</sup>

Berenice Freile Gutiérrez<sup>2</sup> – Mónica Aravena Pastén<sup>3</sup>  
bfreile@minsal.cl – maravena@minsal.cl

### Introducción

Las garantías explícitas de la Reforma de Salud, que se ha implementado en forma gradual a partir del año 2005, tiene como marco legal la Ley 19.966 o Régimen General de Garantías en Salud publicada en el año 2004 [1], así como el Decreto 121 del año 2005 [2]. Las Garantías Explícitas en Salud (GES) consisten en el derecho que otorga la Ley a todos los afiliados de FONASA e ISAPRE, y sus respectivas cargas o beneficiarios, para ser atendidos en condiciones que garantizan su acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, en caso de sufrir cualquiera de los problemas o condiciones de salud incluidos en ella.

En el año 2005 se inicia la vigencia de las garantías para un total de 25 problemas de salud (PS). En el año 2006 se amplían las garantías a un total de 40 PS. Luego, en el año 2007, se agregan 16 problemas, hasta obtener 56 PS priorizados. Posteriormente, en el año 2010 se alcanza a 69 PS con garantías. Finalmente, en el año 2013 se avanza a 80 problemas de salud cubiertos con GES.

Previo a la determinación de los 80 PS, y tal como la Ley 19.966 y el DL 121 lo establecen, durante el año 2012 la Subsecretaría de Salud Pública licitó el Estudio de Verificación del Costo Esperado Individual por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas de Salud 2012 (EVC-2012), siendo adjudicado a la empresa Bitrán y Asociados. El estudio contempló 81 condiciones o problemas de salud y se realizó en un plazo de seis meses y medio. A

continuación, se presenta el objetivo y un resumen con los principales resultados obtenidos en dicho estudio.

### Objetivo del estudio

El objetivo principal del EVC-2012 consiste en estimar, para el año 2013, el costo esperado promedio por beneficiario de FONASA, de ISAPRE y de ambos en conjunto, correspondiente a 81 problemas de salud (PS), previamente priorizados por el Ministerio de Salud.

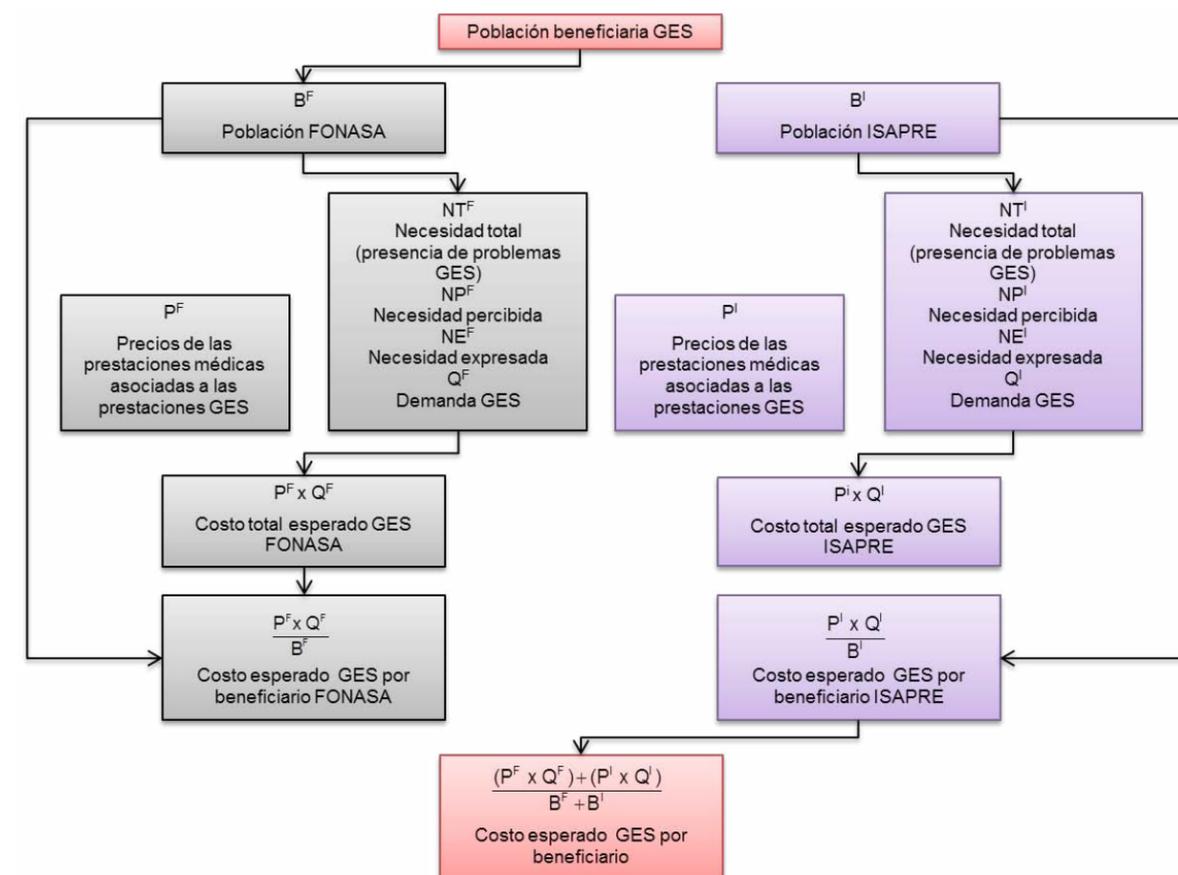
### Metodología

Para generar el cálculo del costo esperado GES por beneficiario para el año 2013 se utiliza el esquema de la Figura 1. Los hitos de estimación son los siguientes: población, demanda GES, costos públicos y precios privados.

**Población.** El EVC-2012 usa como base de proyección la información vigente a diciembre del 2011, en que los beneficiarios de FONASA eran 13.202.753 y los de ISAPRE 2.925.965, lo que representaba en su conjunto el 93% de la población nacional. Se supone un crecimiento de la población del FONASA para los años 2012 y 2013 a una tasa igual a la del crecimiento poblacional de los últimos 10 años del país, correspondiente al 0,9% en cada año, mientras que para la población de las ISAPRE crecería en el 2012 en un 3,2% (observado en el mercado) y para 2013 en un 2,2%, tasa igual al promedio geométrico de los últimos 4 años.

**Demanda.** La estimación de la demanda [4] por atenciones de salud GES (Figura 2) empieza con la estimación de la población FONASA e ISAPRE para el 2013. Le sigue una estimación de la necesidad médica de atención para cada PS y para cada uno de los grupos principales de prestaciones (GPP) que componen cada PS. Para estimar

Figura 1: Resumen del procedimiento de cálculo del costo esperado GES por beneficiario



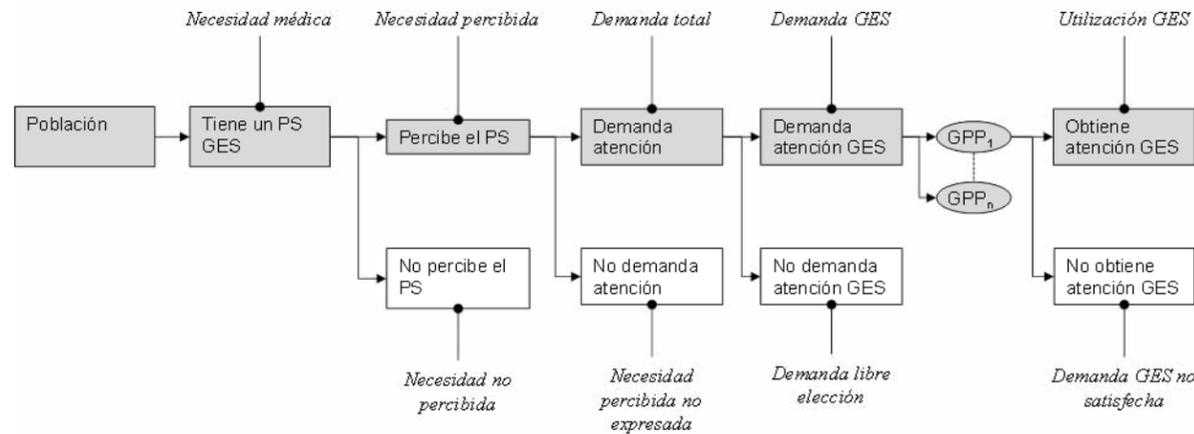
Fuente: Informe Final EVC-2012 Página 7 [3].

la necesidad médica por PS y por cada GPP se utilizó información epidemiológica de las guías clínicas GES, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2010, literatura nacional e internacional y los EVC anteriores. Luego, se comparó la demanda GES estimada con la utilización real, resultante de los registros del Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES) para FONASA y del Maestro de Prestaciones de la Superintendencia de Salud, para ISAPRE. En aquellos casos en que la demanda estimada para el 2013 excedía la utilización real del año 2012, se interpretó la diferencia como la presencia en el pasado reciente de una necesidad no percibida, de una demanda no expresada, o bien de una demanda insatisfecha. Para los casos en que la demanda estimada para el 2013 era inferior a la utilización observada en el 2012, la diferencia se interpretó como una utilización excesiva

o una subestimación de la demanda. Cuando el análisis de estas diferencias lo ameritó, se realizó un ajuste que consistió en elevar o disminuir la demanda estimada para el 2013. Estos ajustes a los parámetros de necesidad y demanda son justificados y están sustentados por la nueva información que arrojan las cifras de utilización, de acuerdo a un criterio sanitario.

1 Informes EVC-2012 disponibles en <http://desal.minsal.cl>  
2 Investigadora del Departamento Economía de la Salud del Ministerio de Salud de Chile.  
3 Jefa Departamento Economía de la Salud del Ministerio de Salud de Chile.

Figura 2: Esquema necesidad-demanda-utilización GES



Fuente: Informe Final EVC-2012 Página iii [3]

**Costos y Precios.** Se debieron obtener costos públicos y precios privados para 742 prestaciones aranceladas<sup>4</sup> y para 759 prestaciones no aranceladas<sup>5</sup>. Para las prestaciones aranceladas, los costos públicos procedieron del Arancel FONASA Modalidad Institucional o, en su defecto, del Arancel del Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) del FONASA, o del Arancel FONASA Modalidad de Libre Elección, o de fuentes privadas, mientras que los precios privados se obtuvieron del Maestro de Prestaciones de la Superintendencia de Salud<sup>6</sup>.

Para el caso de las prestaciones no aranceladas, que fueron codificadas para un manejo más amigable, el cálculo de los precios se efectuó, para ambos sistemas de atención de salud, como el promedio ponderado de todos los precios obtenidos para el mismo producto. Así, los costos públicos provinieron de la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), o en su defecto del registro de Mercado Público, o bien de precios privados, mientras que los precios privados provinieron en su mayoría de la revista Kairos. Para las prestaciones no aranceladas sin precios encontrados, pero disponibles en el EVC-2009, se ajustó por el factor de variación de precios 2009 a 2012 (-36% para precios públicos y -14% para precios

4 Las prestaciones aranceladas son aquellas que poseen un arancel FONASA.  
5 Las prestaciones no aranceladas están constituidas por medicamentos, insumos y dispositivos médicos, como prótesis y órtesis.  
6 Maestro de Prestaciones corresponde al registro anual que permite obtener precios promedio pagados por las ISAPRE a sus prestadores.

privados) y para los precios privados no encontrados, se utilizó el valor disponible para el costo público.

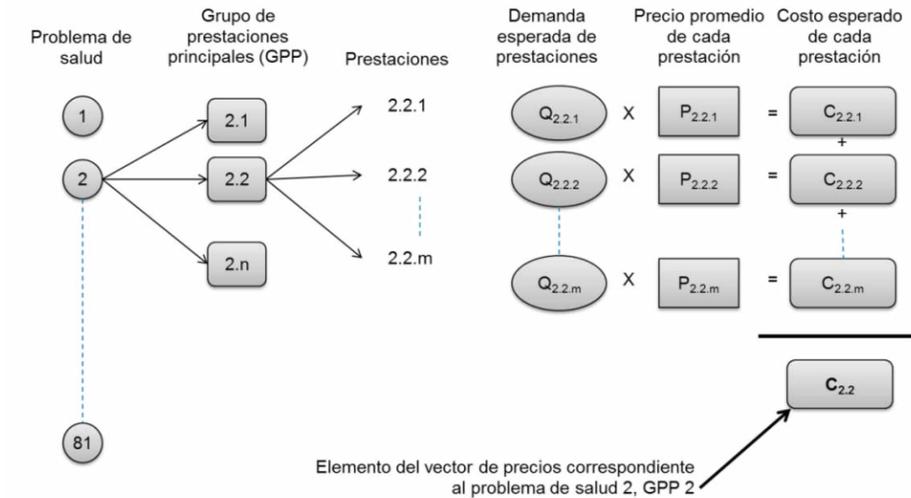
Especial mención reviste la incorporación en cada canasta hospitalaria de la prestación: *insumos hospitalarios privados*, correspondiente al 3,5% de dicha canasta, ya que estos insumos no están incorporados en el día cama del sistema privado de atención de salud.

**Cálculo del Vectores de Precios.** Se calcula primero el vector de precios FONASA e ISAPRE, que corresponde al conjunto de costos/precios estimados para cada uno de los GPP (aproximadamente 530) pertenecientes a cada uno de los 81 PS (Figura 3). Cada uno de esos precios corresponde al producto de la cantidad consumida en cada prestación de salud contenida en cada GPP por su respectivo costo/precio promedio y sumar el resultado, según el sistema de salud.

Luego, se calcula el vector único de precios, que también contiene la misma cantidad de GPP. Cada precio de este vector corresponde al precio promedio ponderado del precio FONASA e ISAPRE. El ponderador es la demanda esperada por ese GPP en cada tipo de asegurador. Con el cálculo descrito, se generan las 81 fichas técnicas, correspondientes a cada PS objeto de este costeo.

**Otros supuestos.** La valorización se hizo a pesos de junio 2012; la tasa de cambio para el dólar observado al 29 de junio 2012 es de \$509,73 y el valor de la unidad de fomento (UF) del 30 de junio 2012 es de \$22.627.

Figura 3: Procedimiento de cálculo del vector de precios FONASA e ISAPRE



Fuente: Informe Final EVC-2012 [3]

**Simulaciones.** Se realizó una única simulación, que consideró la incorporación de precios de medicamentos bioequivalentes, cuyo principio activo fue definido en las canastas de prestaciones. Se reemplazaron los precios públicos y privados obtenidos para aquellos medicamentos que tenían registro de bioequivalencia en el Instituto de Salud Pública, al 17 de diciembre de 2012 (105 medicamentos). Para el cálculo de los precios bioequivalentes se tomó como referencia un estudio realizado por el Servicio Nacional del Consumidor en mayo de 2012, dicho estudio concluye que en promedio el precio de medicamentos bioequivalentes es un 50% menor que los medicamentos de referencia, con información de fuentes privadas que sugieren que la caída sería de un 40%; de común acuerdo con los consultores, se consideró simular una disminución de precio en un 40% en aquellos medicamentos con bioequivalencia

comprobada y que se usan en las canastas que son parte de este estudio. El objetivo fue conocer las consecuencias de la ley de bioequivalencia en el costo esperado total por beneficiario GES, bajo el supuesto que los precios de los productos bioequivalentes son inferiores a los precios utilizados en el escenario base del estudio en análisis.

## Principales resultados

El costo esperado por beneficiario para el conjunto de los 81 PS para el año 2013 es de \$83.925 (3,71 UF) para el beneficiario promedio del FONASA, de \$85.542 (3,78 UF) para el beneficiario promedio de ISAPRE y de \$84.227 (3,72 UF) para el beneficiario promedio del sistema de seguridad social en salud (véase Tabla 1).

Tabla 1: Resultados de Costos EVC-2012 para el año 2013

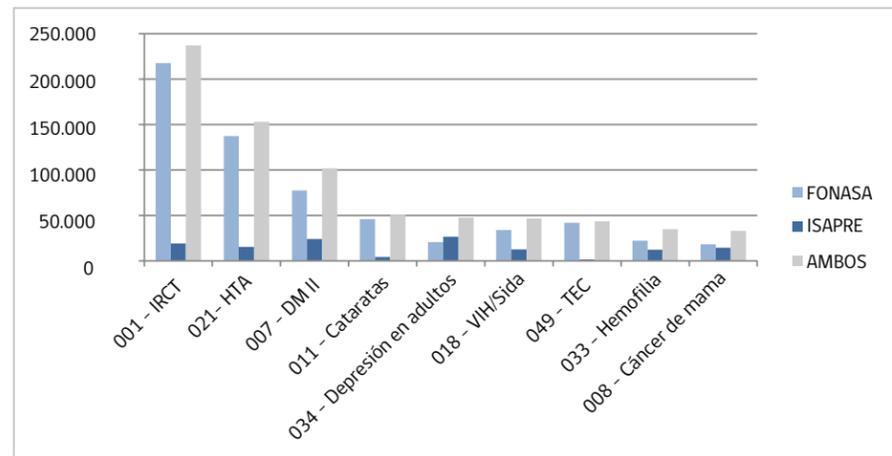
Resultados EVC-2012	Beneficiarios	Costo esperado total		Costo esperado por beneficiario (UF)	Costo esperado por beneficiario con Bioequivalencia (UF)
		MM\$	MMUS\$		
FONASA	13.432.759	1.127.344	2.212	3,71	3,66
ISAPRE	3.083.717	263.787	518	3,78	3,62
<b>Total</b>	<b>16.516.476</b>	<b>1.391.133</b>	<b>2.729</b>	<b>3,72</b>	<b>3,65</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Informe Final EVC-2012 [3]

La Tabla 1 muestra que FONASA gastaría en el año 2013 un monto total de \$1.127.344 millones (US\$2.212 millones) en garantías GES y que al dividir ese gasto total esperado por la cantidad de beneficiarios estimados para FONASA en ese año (13.432.759 personas), se obtiene el costo promedio de \$83.925 (3,71 UF). También se observa que, al utilizar el precio de los medicamentos bioequivalentes, el costo esperado por beneficiario disminuye en ambos sectores, no obstante el mayor impacto lo tiene el sector privado.

En la Figura 4 se presentan los 9 problemas de salud con mayor costo total en ambos seguros de salud. Se puede observar que de los 9 PS que representan el mayor costo total y que corresponden a Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT); Hipertensión Arterial (HTA); Diabetes Mellitus Tipo II (DM II), Tratamiento Quirúrgico de Cataratas, VIH/SIDA, Atención de Urgencia del TEC moderado o grave, Hemofilia y Cáncer de mama. El costo esperado es menor en el sector ISAPRE que en FONASA, a excepción del PS 34: Depresión en adultos (personas mayores de 15 años), en que ocurre lo contrario.

Figura 4: Problemas de Salud con mayor Costo Total (MM\$)

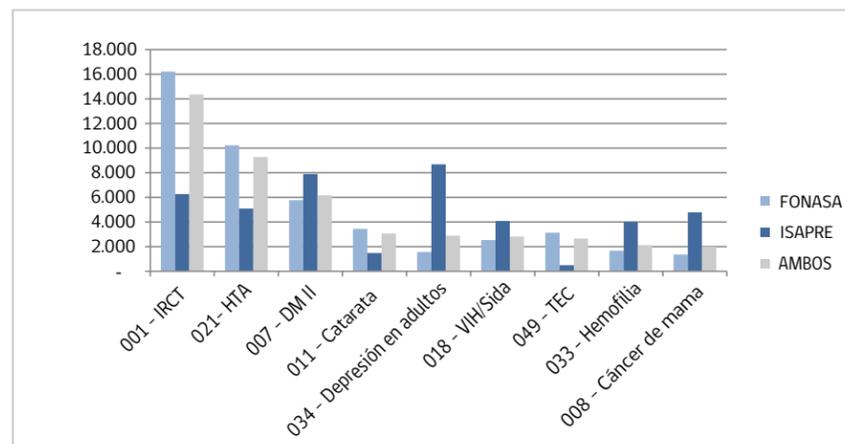


Fuente: Elaboración propia en base a Informe Final EVC-2012 [3]

La Figura 5 muestra los problemas de salud con mayor costo promedio por beneficiario. Se observa que al igual que en la figura anterior, el mayor costo promedio por beneficiario, corresponde a los 9 PS antes mencionados,

con la diferencia que en el sector privado o ISAPRE se observa mayor costo promedio en DM II, Depresión, Hemofilia y Cáncer de mama.

Figura 5: Problemas de Salud con mayor Costo Promedio por Beneficiario (\$)



Fuente: Elaboración propia en base a Informe Final EVC-2012 [3]

## Conclusiones

El resultado del estudio de verificación del costo esperado individual por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas-2012, es de 3.72 U.F. para ambos seguros de salud; cifra que se encuadra dentro del marco de recursos disponibles para el financiamiento de las GES y que fija el Ministerio de Hacienda, a partir del periodo 2013 en 3.76 unidades de fomento<sup>7</sup>.

FONASA gastaría en el 2013 un monto total de MM\$1.127.344 (MMUS\$2.212) en garantías GES, lo que equivale a un costo promedio de \$83.925 (3,71 UF). Para el sector privado (ISAPRE), en el mismo periodo, el costo estimado esperado total sería de MM\$263.787 (MMUS\$518), con un costo promedio por beneficiario de \$85.508 (3,78 UF).

## Discusión

A la luz de la experiencia en la realización a la fecha de cinco estudios de Verificación del Costo Esperado (EVC), que ha coordinado el Departamento Economía de la Salud (DESAL), se presentan algunos desafíos a considerar en el próximo proceso, si se quiere modificar el Decreto GES vigente (desde julio del 2013). En particular, se hace necesario revisar, analizar, consensuar y proponer mejoras en los siguientes ámbitos:

- Metodología de estimación de la demanda y la potencial pertinencia de realizar ajustes basados en los registros de uso de garantías del SIGGES.
- Metodología de búsqueda y selección de precios, ¿de acuerdo a los últimos estudios de costeo en terreno?, ¿para las prestaciones aranceladas?, así como la virtual conveniencia de utilizar precios de CENABAST para las prestaciones no aranceladas.
- En la definición de las canastas que componen las GES, se incluyen prestaciones aranceladas y prestaciones no aranceladas. En estas últimas, la necesidad de codificarlas, ha llevado a que cada quien (FONASA,

<sup>7</sup> Resolución Exenta N°051-21/01/2013 fija marco de recursos disponibles para el financiamiento de las garantías explícitas en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la Prima Universal.

División de Prevención de Enfermedades-DIPRECE, DESAL) cree un código para ellas, existiendo la necesidad de unificar dicho sistema de codificación a fin de tener un lenguaje común al respecto.

- Previo al próximo EVC, que debe hacerse por Ley al modificar el Decreto GES vigente y/o próximas Garantías Explícitas en Salud (GES), se debe determinar qué camino seguir: ¿ingresar nuevas garantías o mejorar las existentes? .

Como se aprecia, el desafío está presente para todos quienes son actores relevantes en este proceso. En este contexto, se constituyó un equipo de profesionales, tanto interministerial, como de distintas instituciones dependientes del Ministerio de Salud, el que está trabajando en la definición de los desafíos aquí presentados.

## Referencias

1. Biblioteca Congreso Nacional. 2004. Ley 19.966. Establece un Régimen de Garantías en Salud. Disponible en [http://bcn.cl/19apc]
2. Biblioteca Congreso Nacional. 2005. Aprueba Reglamento que establece normas para la elaboración y determinación de las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la Ley N° 19.966. Disponible en [http://bcn.cl/1a54q]
3. Minsal 2013. "Estudio Verificación del Costo Esperado Individual Promedio por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas 2012. Informe Final". Disponible en [http://desal.minsal.cl]
4. Minsal 2013. "Informe de avance de resultados. Volumen B: Demanda". Disponible en [http://desal.minsal.cl]

### 3. Atención primaria de salud en Chile: mecanismos de financiamiento y consideraciones de equidad

Lucy Kuhn Barrientos<sup>1</sup> – Marianela Castillo Riquelme<sup>2</sup>  
lucy.kuhn@minsal.cl – marianela.castillo@minsal.cl

#### Introducción

Los mecanismos de financiamiento de las acciones de salud, tanto en Atención Primaria de Salud (APS) como en los niveles secundario y terciario, son determinantes en la consecución de los objetivos sanitarios de un país. En Chile, la APS está administrada mayoritariamente por los municipios y su financiamiento se basa principalmente en una asignación per-cápita, con criterios de ajuste de riesgos geográficos, demográficos y socioeconómicos. En la última década han surgido varios estudios que revisan y proponen mejoras a la asignación per-cápita municipal. Esto debido a que, a pesar de los avances en la asignación de recursos y en la provisión de servicios en la atención primaria, aún persisten importantes brechas de inequidad en los resultados de salud a nivel comunal. El presente artículo revisa los principales conceptos y modelos disponibles del financiamiento per-cápita y de los ajustes por riesgo, según la experiencia internacional. Además, sintetiza los diversos estudios nacionales que han propuesto mejoras al sistema, enfatizando sus resultados y recomendaciones. Finalmente, se reflexiona sobre los desafíos e interrogantes que persisten en el sistema chileno de financiamiento en APS, a la luz de la evidencia presentada.

#### Antecedentes

El nivel de equidad en la provisión de servicios de salud se consigue distribuyendo los recursos de acuerdo a criterios de necesidad de la población. Por su parte, el

grado de eficiencia depende de cómo se gestionan los servicios sanitarios, de la medida en que se potencie su capacidad resolutoria y de cómo se generan incentivos adecuados a los prestadores de salud. Los métodos de asignación de recursos con carácter capitado intentan responder a estos propósitos [1].

La asignación per-cápita es un monto promedio de financiamiento por beneficiario, en que se pone un "precio" de salud por cada ciudadano [2]. Algunos sistemas utilizan pagos per-cápita para remunerar a médicos individuales y otros asignan recursos capitados a establecimientos de salud según su población beneficiaria a nivel territorial o según la organización de la autoridad de salud.

En los modelos de asignación per-cápita se requiere aplicar ajustes de riesgo que asignen igual financiamiento a igual necesidad [1]. Esto, porque las necesidades de salud de las personas varían considerablemente según demografía, condición socioeconómica, morbilidad o ubicación geográfica. Así, estos ajustes buscan asignar subsidios en salud para mejorar la eficiencia y la equidad [3,4].

Un modelo de ajuste de riesgo genera incentivos para la contención de costos y eficiencia del proveedor. Sin embargo, si el ajuste no es adecuado se crean incentivos perversos al seleccionar pacientes que reporten un beneficio mayor que el costo de su atención. Lo cual repercute en la reducción de la calidad de los servicios o el acceso a ellos [5]. Cuanto mejor sea el ajuste de riesgo, menor será el problema de selección al estar más cercana la compensación de los gastos esperados del proveedor [1,4].

#### Modelos de ajuste de riesgo para la capitación

Existen dos modelos de estimación del ajuste de riesgo: las fórmulas de regresión y las celdas actuariales. En general, ambos modelos se calculan en base a datos

individuales. No obstante, cuando se tienen sólo datos agregados se ha optado por usar celdas actuariales en vez de regresiones [4]. Los modelos de celdas actuariales se basan en una matriz en que el valor de cada celda es el gasto esperado para una persona que se caracteriza por determinadas variables. Por ejemplo, una celda puede corresponder al cruce entre sexo y edad. Los modelos de regresión pueden ser agregados o individuales. En los modelos agregados se incorporan series de datos a nivel poblacional (aunque estos modelos han sido fuertemente criticados [4]). En los modelos individuales las estimaciones de ajuste han derivado en simples modelos lineales, a pesar de existir estudios de bastante refinamiento econométrico.

Por otro lado, los modelos de ajuste se pueden diferenciar según el tipo y procedencia de variables usadas como ajustadores. De acuerdo a este criterio se distinguen cuatro tipos de modelos: demográficos, basados en diagnósticos, basados en prescripciones farmacéuticas y basados en encuestas de salud [1,5].

Existe consenso en que los modelos de ajuste basados únicamente en factores demográficos, tienen un bajo poder predictivo del gasto esperado en salud ( $R^2$  cercano al 2%) [6,7]. Por el contrario, aquellos que incorporan información de morbilidad o diagnósticos de los pacientes, aumentan notoriamente la predicción del gasto. Sin embargo, es relevante señalar que su capacidad predictiva no supera un  $R^2$  de 20% [4,5,7,8].

Se han desarrollado diversos modelos de ajuste de riesgo con agrupadores de diagnósticos, como por ejemplo: *Diagnostic Costs Group (DxCG)*, *RxGroups* (derivado de *DxCG* para uso farmacéutico), *Adjusted Clinical Groups (ACG)*, *Clinical Risk Groups (CRGs)* y los *CRGs* para gasto farmacéutico poblacional.

Entre las variables que se han incorporado al ajuste de riesgo, algunas responden más a disponibilidad de información que a evidencia convincente de su relación con necesidades de gastos en salud [2]. Factores sociales, variables demográficas o etnicidad son algunos ejemplos. Por su parte, la ubicación geográfica y los indicadores de morbilidad se perciben como variables fundamentales de ajuste con criterios de equidad [2,4]. La mortalidad se incorpora en varios esquemas de ajuste de riesgo, sin embargo su relación con necesidad de salud ha sido motivo de debate.

#### Experiencia internacional

La evidencia muestra que una capitación plana incentiva fuertemente la selección de riesgos. No obstante, ajustes menores o usar exclusivamente variables demográficas no permite evitar la selección, a pesar de que estas son necesarias en la fórmula de ajuste [9]. Las predicciones de gasto mejoran considerablemente cuando es posible incorporar información sobre los diagnósticos de los individuos [4,6]. Es así que la incorporación de ajustadores de riesgo ha evolucionado en el tiempo y actualmente muchos países usan variables de morbilidad en modelos individuales, lo que conlleva implicancias en las técnicas de cálculo de los modelos de ajuste, pasando de modelos de celdas actuariales a modelos econométricos de regresión [4].

Por ejemplo, algunas experiencias interesantes de analizar incluyen los casos de Medicare en Estados Unidos, Brasil, Canadá, España, Inglaterra, Italia o Suecia, que cuentan con sistemas nacionales de salud con cobertura universal, financiados primordialmente a través de impuestos. También es relevante la experiencia de Alemania, Bélgica, México, Holanda y Suiza, cuyos sistemas de salud se basan en la seguridad social, como el sistema chileno. En la gran mayoría de estos países la atención primaria es financiada por pagos capitados ajustados por riesgo [2,4,5,10]. La tabla 1 resume los ajustadores de riesgo de pagos capitados en los países mencionados.

1 Asesora de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud de Chile.

2 Investigadora del Departamento de Economía de la Salud. División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud de Chile.

48 denominadas “comunales costo fijo”, reciben un monto fijo mensual, ya que al contar con menos de 3.500 habitantes se asume que el costo de prestar servicios de salud no se condice con el número de inscritos, por problemas de escala [12].

## ■ Criterios de incremento e indexadores del per-cápita

El artículo 49 de la Ley 19.378 establece los criterios de incremento del per-cápita basal, los cuales consideran cinco aspectos con sus respectivos indexadores:

- i. **Nivel socioeconómico:** incluye el criterio de pobreza municipal y el riesgo por edad del adulto mayor en las comunas adscritas al sistema. Adicionalmente, la Ley establece que se pueden considerar las características epidemiológicas y socioeconómicas de la población beneficiaria.

### Indexador pobreza municipal

Considera el Índice de Privación Promedio municipal (IPP), elaborado en base a información de la Subsecretaría de Desarrollo Regional (SUBDERE) y del Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM). Este indicador mide la capacidad económica del municipio, mediante el nivel de dependencia al Fondo Común Municipal. Varía entre 0 y 1: mientras más cercano a 1, mayor dependencia al fondo y menor capacidad de generar recursos propios.

### Indexador riesgo asociado a edad

Debido al mayor costo relativo de la atención de adultos mayores, se asigna un monto fijo adicional a todas las comunas, por cada uno de los beneficiarios de 65 años y más. El 2011 este monto ascendió a \$466 mensual por adulto mayor.

- ii. **El conjunto de prestaciones programadas** anualmente en los establecimientos de la comuna, de acuerdo a lo estipulado por el MINSAL.
- iii. **Ruralidad** y dificultad para prestar atenciones de salud.

## ■ Financiamiento de la APS en Chile

La APS chilena es heterogénea tanto en su financiamiento como en su administración. La mayor parte es administrada por los municipios y un porcentaje menor depende de los Servicios de Salud. El flujo de recursos fiscales a la APS municipal se realiza desde el Ministerio de Salud (MINSAL) mediante el traspaso de recursos desde el Fondo Nacional de Salud (FONASA) a los Servicios de Salud. Los Servicios transfieren a los municipios los recursos correspondientes a la atención municipal y administran el presupuesto de la APS bajo su dependencia [11]. El 88% del aporte fiscal se asigna a la atención municipal (320 municipios: 93% de las comunas). El 12% restante se destina a la APS dependiente de los Servicios [12].

De los recursos destinados a la APS municipal, el 69,7% se transfiere mediante asignaciones per-cápita. Este financiamiento fue introducido en 1994 reemplazando el sistema de pago por prestaciones conocido como “Mecanismo de Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipalizados” (FAPEM), el cual pagaba por actividad sobre la base de topes comunales. La motivación de implementar un per-cápita fue contener costos, generar mayor equidad y estimular la eficiencia, en un contexto donde los incentivos estaban puestos en el volumen sin considerar los costos.

El financiamiento per-cápita paga una tarifa estipulada por el MINSAL, de acuerdo a la cantidad de población beneficiaria y en referencia a una canasta de prestaciones llamada Plan de Salud Familiar (PSF) [11]. Este Plan determina el per-cápita basal<sup>3</sup>, al cual se agregan incrementos establecidos mediante indexadores. En la práctica, los indexadores constituyen ajustadores del per-cápita [12]. Adicionalmente, el pago per-cápita se relaciona directamente con las prestaciones otorgadas en el plan de Garantías Explícitas en Salud (GES), el cual incluye 80 patologías en que sus mayores gastos se concentran en actividades de APS [13,14].

La asignación per-cápita se aplica en 272 comunas de las 320 que administran la APS municipal. Las restantes

<sup>3</sup> El per-cápita basal se define como el aporte homogéneo por beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de atención primaria de salud de cada comuna definida como entidad administradora de salud.

Tabla 1: Ajustadores de riesgo de pagos per-cápita en distintos países

País	Edad/ Género/ Etnia	Ingresos / Nivel de pobreza	Nivel de empleo	Discapacidad /Subsidios /incapacidad laboral (SIL)	Ubicación geográfica / Ruralidad	Mortalidad	Morbilidad Diagnósticos	Utilización /Acceso	Gasto histórico	Modelo de ajuste
Brasil	✓ Edad, género	✓					✓	✓	✓	Reembolsos, -
Canadá (Alberta)	✓ Edad, género, etnia	✓ Ingreso			✓ Lejanía					Celdas
España	✓ >65 años	✓			✓ Región/ Islas	✓		✓		-
Inglaterra	✓ Edad, género, etnia	✓	✓		✓ Factores locales	✓ Tasas estandarizadas	✓	✓		Celdas
Italia	✓ Edad, género	✓			✓		✓	✓		-
Suecia	✓ Edad, género	✓	✓				✓			-
EE.UU. Medicare y Medicaid	✓ Edad, género						✓ Diagnósticos de todos los contactos con el sistema de salud (ACG)			Modelo de regresión (ACG)
Alemania	✓ Edad, género	✓ Ingreso		✓ Discap. + SIL			✓ DXCG			Celdas
Bélgica	✓ Edad, género	✓ Ingreso	✓	✓ Discap. + SIL	✓ Urbanización	✓		✓		-
México	✓ Edad					✓ Mortalidad infantil	✓ Condiciones de salud	✓ Dificultad para entregar servicios		-
Holanda	✓ Edad, género		✓		✓ Discapacidad		✓ Diagnósticos hospitalarios (DXCG) y farmacia (RxGroup)		✓	Modelo de regresión
Suiza	✓ Edad, género				✓ Región					Celdas

Fuente: Elaborado en base a MINSAL, 2012 [4]

## Indexador ruralidad

De acuerdo al Censo 2002, se considera rural toda comuna donde la población rural sea igual o mayor al 30%. Adicionalmente, se consideran rurales aquellas comunas donde se administren establecimientos rurales (consultorios generales o postas). El incremento por ruralidad equivale al 20% del monto per-cápita mensual.

## Desempeño difícil

Se otorga una asignación incremental según el grado de dificultad para llevar a cabo las prestaciones de salud. Responde a la marginalidad socioeconómica o cultural de los beneficiarios, o al riesgo e inseguridad al que está expuesto el personal en el trabajo [11]. Esta asignación no es un indexador propiamente tal, sino que corresponde a una bonificación en las remuneraciones del personal de la APS urbana y rural [15].

iv. La dificultad para acceder a las atenciones de salud.

## Indexador de asignación de zona

Se aplica un incremento a las comunas dependiendo del grado de dificultad de sus beneficiarios para acceder a las atenciones de salud. La asignación de zona se estructura en diferentes tramos que van desde 0% a 70% y más. El último tramo conduce a un incremento de 24% por sobre el per-cápita basal.

v. Cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, en base a una evaluación semestral.

## Revisión de estudios para el financiamiento de la APS en Chile

El año 2000 se estimó la capacidad del indexador de pobreza comunal (IPP) para explicar la pobreza de los individuos [16]. Se encontraron bajas correlaciones entre el IPP y variables socioeconómicas de escolaridad, analfabetismo, así como con indicadores de salud (esperanza de vida, mortalidad, desnutrición). Los consultores recomendaron modificar el IPP e incorporar variables que capturaran de mejor manera los niveles de pobreza de la población comunal. El MINSAL decidió mantener el IPP y agregar un nuevo indexador que es el porcentaje de población de 65 años y más.

En esta línea, Vargas y Poblete (2006) revisaron los indexadores de pobreza y ruralidad en la fórmula per-cápita. Simularon la incorporación de nuevas variables como morbilidad de hipertensión y diabetes. Posteriormente, analizaron la asociación entre el IPP, la incidencia de pobreza medida por la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) y la pertenencia al grupo de FONASA-A [18]. Por su parte, Vargas y Wassem (2006) estimaron las variables que explican la utilización y el gasto de consultas preventivas y curativas en cinco centros de APS. Compararon distintos modelos controlando por edad, sexo y morbilidad de diabetes e hipertensión. Los tres estudios coinciden en que los ponderadores del per-cápita debieran recoger las diferencias del riesgo comunal generadas por la diversidad socioeconómica, la ruralidad y tamaño poblacional. Además, se debiera analizar el uso de la clasificación FONASA-A ya que tendría una mejor capacidad predictiva de pobreza individual que el indexador actual de pobreza, mejorando la validez distributiva entre los centros de APS. Con respecto a la ruralidad, la baja densidad poblacional y la distancia generan costos unitarios más altos para la entrega y acceso de servicios.

Tal como concluyeran Vega et al., Vargas y Poblete señalan que la capitación que usa la capacidad financiera del municipio y la ubicación geográfica de los consultorios, da pocos incentivos para proveer adecuadas atenciones a los indigentes y a los enfermos crónicos. Por ello, un sistema capitativo que ajuste por edad, sexo y la presencia de diabetes e hipertensión promovería una mejor gestión y focalización de recursos.

Raña et al. (2007) analizaron un modelo de distribución de recursos comparando las necesidades de la población inscrita en los consultorios y el cumplimiento de las metas propuestas en APS. Observaron que parte importante de los recursos per-cápita transferidos a los municipios, no son recibidos por los consultorios en proporciones acorde a los beneficiarios inscritos. Esto responde a los problemas financieros de muchas municipalidades y a que los administradores no siempre se cuestionan la equidad distributiva. Las pocas municipalidades que efectivamente asignan el per-cápita, no ajustan los recursos por cumplimiento de metas sanitarias ni diferencian las necesidades de salud de cada grupo de personas. Los investigadores propusieron un modelo que fomente la equidad en el financiamiento, asignando igual cantidad de recursos a los consultorios según

necesidades similares, definidas por las características de la población.

Montero et al. (2009) también analizaron los indexadores que componen el per-cápita. Realizaron un microcosteo de las actividades APS considerando la canasta de servicios de un centro de salud de atención con enfoque familiar y comunitario, y las garantías GES a nivel primario. Concluyeron que los indexadores actuales no reflejarían adecuadamente la realidad epidemiológica y socioeconómica de cada comuna. En línea con Vargas y Poblete (2006), recomendaron utilizar el porcentaje de población FONASA-A como proxy de pobreza ya que tiene una mayor correlación con la pobreza individual que el IPP. Propusieron reemplazar el actual indicador dicotómico de ruralidad por uno continuo según proporción de personas en diversos niveles de ruralidad. Además, plantearon corregir el ajuste de población con 65 y más años por la presencia de enfermedades crónicas.

Por último, propusieron un per-cápita basal de \$3.708 mensual (pesos 2008) para financiar las actividades mínimas de APS (en comparación con el valor basal vigente al 2008: \$1.905). Esta estimación coincide con un estudio realizado por la Asociación Chilena de Municipalidades (ACHM) el 2007 [21]. Plantearon que esta brecha, que alcanza en promedio al 20% del gasto total de la APS municipal, es traspasada a los usuarios si no es cubierta por las municipalidades.

Un estudio elaborado por MINSAL (2011) evaluó el desempeño de los factores que se utilizan actualmente como indexadores del per-cápita. Se compararon con variables alternativas de indexación, siguiendo la lógica de los indexadores en tres dimensiones: nivel socioeconómico (demografía, pobreza individual y comunal); ruralidad (densidad por km<sup>2</sup>, población rural e indígena y aislamiento estructural); y nivel de salud (mortalidad, morbilidad y años de vida potenciales perdidos [AVPP<sup>4</sup>]). Se obtuvieron correlaciones bajas entre los indexadores de pobreza comunal y población adulta mayor con las variables propuestas para la dimensión socioeconómica;

4 Los AVPP son un indicador de daño en salud a causa de las muertes en personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. Se basa en la premisa que cuanto más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Se correlaciona con otros indicadores de mortalidad y se aproxima a la medición de la mortalidad evitable, que es mayor en los lugares de mayor deprivación.

así como entre los indexadores de ruralidad y asignación de zona con las variables propuestas para la dimensión de ruralidad. Al no existir un *gold standard* para definir las variables que incluye cada indexador y asumiendo que las variables propuestas efectivamente miden ruralidad y pobreza, concluyen que los indexadores actuales no representan adecuadamente la realidad rural y de pobreza en las comunas.

Finalmente, un estudio encomendado por el MINSAL en 2012 [4] revisó los mecanismos de pago de los sistemas integrados de salud y de la APS. Sus conclusiones sostienen que los mejores modelos de ajuste de riesgo son los que se elaboran a partir de datos individuales y que incluyen morbilidad poblacional, estableciendo grupos de diagnósticos homogéneos con costos involucrados. Otros factores de ajuste relevantes son variables socio-demográficas y los aspectos diferenciales de los costos entre los proveedores que integran un mismo sistema de pagos.

## Discusión

Evaluar el sistema de financiamiento de la APS en Chile resulta complejo al considerar todos los factores que influyen en sus resultados, que van más allá de los recursos financieros de los municipios y de los consultorios. El grado de equidad en términos de *outcomes* resultantes en distintas municipalidades, es sin duda un indicador de la eficiencia no sólo del sistema de financiamiento sino además de la gestión de la atención.

Una reflexión sistémica implica cuestionarse desde el método de cálculo del per-cápita basal incluyendo los indexadores, hasta la forma en que los recursos no financieros son contratados por los municipios (médicos remunerados con salarios versus incentivos de productividad). Los estudios que han estimado los costos que definirían el valor basal del per-cápita, sugieren que la canasta de prestaciones del Plan de Salud Familiar podría estar subvalorada, a pesar de los aumentos en el basal debido al GES en los últimos años. Si existiera una subestimación, estaríamos frente a un problema que los indexadores del per-cápita no podrían solucionar. El cálculo del valor de la canasta de prestaciones del PSF no ha sido transparentado, lo que impide profundizar en el análisis del per-cápita basal y concluir si su monto es el adecuado (en 2013 correspondió a \$3.509, por beneficiario inscrito).

En relación a los indexadores, por una parte debe considerarse que representan un bajo porcentaje del total del aporte estatal para APS (alrededor del 15% [21]), lo que limita su capacidad de contribuir a la reducción de las brechas de inequidad en el financiamiento de la atención y en los resultados de salud a nivel comunal.

Por otra parte, existe bastante acuerdo en que las variables que corrigen por pobreza y ruralidad, no dan cuenta de la realidad comunal de dichos factores, existiendo variables que se sugieren como mejores indicadores. Tal es el caso de la clasificación FONASA tipo A que explicaría de mejor manera la pobreza poblacional que el índice de pobreza municipal (IPP). Asimismo, el índice de aislamiento estructural de la SUBDERE explicaría más adecuadamente las dificultades de la prestación de servicios a nivel rural.

Es relevante señalar que si bien el IPP no fue formulado para medir pobreza individual sino para reflejar la solvencia financiera y la capacidad administrativa del municipio, existe evidencia de que la transferencia de recursos desde los municipios a los consultorios no siempre se realiza basándose en la asignación per-cápita sino en actividad histórica [13,19]. Por ello, debiera resguardarse la capitación en la asignación de recursos y sería recomendable incorporar ajustes de riesgo por situación de pobreza de los individuos y también por morbilidad, ya que la evidencia sugiere que ajustes por diagnósticos (ej. hipertensión y diabetes) mejoran la predicción del gasto por beneficiario y por ende son cada vez más utilizados a nivel internacional.

La forma en que fluyen los recursos desde los municipios hacia los establecimientos de APS es heterogénea, por lo que incluso un financiamiento perfectamente ajustado, no garantiza que los establecimientos cuenten con los recursos necesarios o que estos se gestionen adecuadamente. Al respecto, en el país se ha incursionado en establecer modelos de ACG a nivel de atención primaria, lo que mejoraría la gestión de casos y la estimación de gastos por paciente.

Los ACG generan la oportunidad de utilizar información a nivel individual, permitiendo determinar el perfil de morbilidad de los beneficiarios. Asimismo, da luces sobre la distribución del financiamiento en base a consideraciones locales. Sin embargo, aún existen municipios con registros incompletos lo que limita la aplicación de esta herramienta. Además, no hay consenso sobre el efecto

que podrían tener en el per-cápita y sus indexadores. La formalización de los ACG como mecanismo de pago dependerá de la decisión de los administradores de la APS, no obstante existen intenciones en el MINSAL de incorporar un indexador que corrija por las condiciones sanitarias de la población.

Finalmente, con el fin de abordar las inequidades en salud a nivel geográfico, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 decidió usar los AVPP a nivel comunal como un indicador global del daño en salud. Se propuso la meta de reducir la tasa de AVPP en las 90 comunas de mayor daño, las que comprenden al 12,5% de la población. De esta forma, se presenta el desafío de focalizar recursos y esfuerzos intersectoriales en estas comunas de alto riesgo en salud.

## Referencias

1. Ibern P., Ortún V., Meneu R., García-Goñi M. (2008). "Sistema de pago de los egresos hospitalarios: Informe para FONASA-MINSAL". Centre de Recerca e Economia i Salut Universitat Pompeu Fabra.
2. Rice, N., Smith, P. (1999). "Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey". Centre for Health Economics. The University of York.
3. Van de Ven, W., Beck, K., Buchner, F., Chernichovsky, Dov., Gardiol, L., Holly, A., Lamers, L., Schokkaert, E., Shmueli, A., Spycher, S., Van de Voorde, C., van Vliet, R., Wasem, J., Zmora I. (2003). "Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries". *Health Policy*; 65(1): 75-98.
4. MINSAL (2012). "Revisión de Literatura y Sistematización de Información disponible sobre la asignación de recursos a nivel comunal". Elaborado por Camilo Cid, Pontificia Universidad Católica de Chile. Ministerio de Salud de Chile. Disponible en: <http://desal.minsal.cl>
5. García-Goñi M. (2006). "Ajuste de riesgo en los mercados sanitarios" en [Ibern P., editor]. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona, Masson: 187-208.

6. Pope, G., Ellis, R., Ash, A. (2000). "Principal Inpatient Diagnostic Cost Group Models for Medicare Risk Adjustment". *Health Care Financing Review*; 21(3): 93-118.
7. Ash, A., Ellis, R., Pope, G., Ayanian, J., Bates, D., Burstin, H., Iezzoni, L., Mackay, E., Yu, W. (2000). "Using Diagnoses to Describe Populations and Predict Costs". *Health Care Financing Review*; 21(3): 7-28.
8. Vargas V., Wasem J. (2006). "Risk adjustment and primary health care in Chile". *Croatian Medical Journal*; 47 (3): 459-468.
9. Pope, G., Adamache, K., Khandker, R., Walsh, E. (1998). "Evaluating Alternative Risk Adjusters for Medicare". *Health Care Financing Review*; 20(2): 109.
10. Rice, N., Smith, P. (2001). "Capitation and Risk Adjustment in Health Care Financing: An International Progress Report". Centre for Health Economics. The University of York.
11. Ley N° 19.378 del Ministerio de Salud. Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Fecha de promulgación: 24 de marzo de 1995. Última modificación: febrero, 2008. Publicada en Diario Oficial en abril, 1995. Disponible en: <http://www.leychile.cl/N?i=30745&f=2008-02-09&p=>
12. MINSAL (2011). "Financiamiento de la atención primaria de salud municipal evaluación de indexadores del per-cápita basal". Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Ministerio de Salud, Santiago.
13. Torche, A. (2009). "Introducción de Factores de Riesgo en el Financiamiento de la Salud Primaria en Chile". Instituto de Economía, PUC. Documento de Trabajo N° 358.
14. MINSAL (2013). "Listado de Prestaciones Específicas. Anexo Decreto Régimen de Garantías Explícitas en Salud". Disponible en: [<http://www.minsal.cl/portal/url/item/d6924d336146d5e6e040010164015e8f.pdf>]

15. Ley N° 20.157 del Ministerio de Salud. Concede Beneficios al Personal de la Atención Primaria de Salud y Modifica las Leyes N° 19.378 y 19.813. Fecha de promulgación: 27 de diciembre de 2006. Publicada en Diario Oficial en enero, 2007.
16. Vega, L., Jadue, Bedregal, P., Delgado, Larrañaga, O. (2000). "Clasificación de pobreza en el sistema de asignación de recursos per-cápita". Fondo Nacional de Salud.
17. Vargas, V., Poblete, S. (2006). "Incrementar la Equidad en Atención Primaria: Revisión de la Fórmula Per Cápita". *Revista Sociedad Chilena de Medicina Familiar*; 7(2): 76-83.
18. Vargas, V., Poblete, S. (2007). "El Ajuste Socioeconómico en el Financiamiento de la Atención Primaria". *Revista Sociedad Chilena de Medicina Familiar*; 8(1), 24-31.
19. Raña, J., Ferrer JC., Bedregal, P. (2007). "Modelo de asignación de recursos en atención primaria". *Rev. Médica de Chile*; 135: 54-62.
20. Montero, J., Poblete, F., Torche, A., Vargas, V. (2008). "Análisis del modelo de asignación financiera en la atención primaria chilena: Pertinencia del per-cápita actual y uso de variables en su cálculo para asegurar concordancia entre la situación epidemiológica actual y el modelo de atención", en *Camino al Bicentenario: Propuestas para Chile* Concurso Políticas Públicas UC; capítulo III: 73-94.
21. Casanova C. (2007). "Análisis conceptual del requerimiento de actualización, ajuste y aumento del aporte estatal, en el contexto de la financiación capitada de la atención de salud municipal chilena". Asociación Chilena de Municipalidades, Santiago.
22. Estrategia Nacional de Salud (2011). "Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020: Metas 2011-2020". Ministerio de Salud. Inscripción N° 211.726, Registro de Propiedad Intelectual. ISBN: 978-956-348-005-4.

# Noticias

## BOLETÍN Nº 2 DESAL 2013

### DESAL participa en el IV Foro Andino de Salud y Economía en Bogotá

Entre los días 22 y 24 de julio de 2013 se realizaron en Bogotá, Colombia, las siguientes actividades: “IV Foro Andino de Salud y Economía”; “IV Taller de Cuentas de Salud de los países Suramericanos” y “Reunión Presencial Anual de la Comisión Andina de Salud y Economía (CASE) del Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU)”.

Estas actividades fueron organizadas por la CASE, Organismo Andino de Salud (ORAS) y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, junto con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

En dichas actividades participaron representantes de los Ministerios de Salud de Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay.

En representación del Ministerio de Salud de Chile asistió la **Dra. Gabriela Moreno Maturana**, Jefa de la División

de Planificación Sanitaria, y **Alain Palacios Quezada**, profesional de la Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial (UCSAS) del Departamento de Economía de la Salud.

Cabe señalar que nuestro país tuvo una participación relevante en las actividades organizadas por la CASE debido a que ejerce la Presidencia de la Comisión desde 2012 y mantendrá dicha función hasta el año 2014. Además, nuestro país está a cargo de la Secretaría Ejecutiva del Grupo de Trabajo de Cuentas de Salud de la CASE.

Las presentaciones y ponencias llevadas a cabo fueron de alto nivel y abordaron tópicos atinentes a economía de la salud como: financiamiento y acceso universal en salud; derechos en salud; evaluación de tecnologías sanitarias; fármaco-economía; reformas de salud; entre otros temas. Por su parte, también hubo un espacio para discutir distintos instrumentos de medición del gasto en salud, tal como se conocen a las denominadas Cuentas de Salud.

Las presentaciones y material del evento estarán disponibles en el Observatorio de Salud y Economía de la CASE a través del link [www.orasconhu.org/case](http://www.orasconhu.org/case).



### DESAL asistió al Taller de Capacitación del Sistema de Cuentas de Salud 2011

Desde el 25 al 31 de julio de 2013 se realizó el **Taller de Capacitación del Sistema de Cuentas de Salud 2011** (SHA 2011) en la ciudad de Bogotá, Colombia. Dicho evento fue organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el apoyo de la Comisión Andina de Salud y Economía (CASE) del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU).

Participaron del evento representantes de los Ministerios de Salud de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Paraguay, Perú y Uruguay que han trabajado o están desarrollando estadísticas de Cuentas de Salud.

Por parte del Ministerio de Salud de Chile asistieron las profesionales **Gloria Farias Sarmiento** y **Romina Leal Rojas** de la Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial del Departamento de Economía de la Salud.



Las ponencias y presentaciones estuvieron a cargo de expertos de OMS y OPS en el campo de las Cuentas de Salud y en especial respecto del nuevo manual del Sistema de Cuentas de Salud 2011 elaborado por la OCDE, Eurostat y OMS.

El objetivo del taller fue conocer los alcances y metodología del Sistema de Cuentas de Salud 2011 (SHA 2011). Adicionalmente, se discutió y trabajó en forma práctica los

aspectos operacionales para el reporte de gasto en salud según definiciones, fuentes de información disponibles, métodos para distribuir el gasto por secciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en el marco del Sistema de Cuentas de Salud 2011. Los distintos países intercambiaron experiencias y metodologías en el manejo de las Cuentas de Salud en sus respectivos contextos.

Finalmente, el taller también buscó estandarizar los métodos de estimación del gasto en salud con el propósito de contar con datos comparables en el tiempo entre los países.

### Seminario: “Evaluación de Tecnologías Sanitarias: un Modelo Para Chile”

El día 11 de julio de 2013 se realizó en el Hotel Crowne Plaza el Seminario “Evaluación de Tecnologías Sanitarias: un Modelo Para Chile”. Dicho evento contó con la participación de reconocidos expertos internacionales y nacionales quienes compartieron sus conocimientos y experiencias en los temas relativos a la evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA). Los principales objetivos de la jornada fueron: revisar los aspectos de diseño de un modelo de ETESA; conocer experiencias de implementación internacionales en diferentes sistemas de salud y estudiar el estado del arte de la ETESA en el mundo, poniendo particular énfasis en la situación de América Latina.

Este evento fue inaugurado por el Sr. Ministro de Salud, **Dr. Jaime Mañalich Muxi**, y contó con la presencia del **Dr. Javier Uribe** en representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Sr. Subsecretario de Salud Pública, **Dr. Jorge Díaz Anaiz**.

Entre los invitados internacionales destacó la **Dra. Laura Sampietro-Colom**, una de las fundadoras de la agencia catalana de ETESA y miembro fundador de la Sociedad Internacional de ETESA (HTAi), quien revisó el funcionamiento, impacto y situación de la ETESA en el mundo, contextualizando con ejemplos de agencias de ETESA europeas.

Por su parte, el economista de la salud y asesor principal del Sector de Financiamiento y Economía de la Salud de OPS/OMS, **Cristián Morales**, expuso sobre el desafío de las tecnologías sanitarias en la construcción de la cobertura universal de salud.

Posteriormente, el **Dr. Andrés Pichon-Riviere** quien se desempeña como director ejecutivo del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) y del Departamento de ETESA y Economía de la Salud en Argentina y que a su vez ocupa el cargo de vice-presidente de la International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) analizó el estado de la ETESA en América Latina.

Por otro lado, la especialista en Protección Social del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), **Ana Lucía Muñoz**, presentó sobre el apoyo del BID a los procesos de priorización en salud en la región, enfocándose en la iniciativa que se ha desarrollado en Colombia desde el año 2009.

También en este seminario se analizaron los desafíos del diseño de un modelo ETESA para Chile. Al respecto, **Marianela Castillo Riquelme** quien es Coordinadora Técnica de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) en Chile y que posee una vasta experiencia en evaluación económica revisó los antecedentes, diagnóstico y desafíos de ETESA en nuestro país.

En el mismo sentido, la **Dra. Gloria Burgos Maraboli** que actualmente es parte del Gabinete del Ministro de Salud y experta en temas de ética y desarrollo humano discutió

acerca de las bases de un modelo ETESA para Chile y los principales avances que ha tenido la Comisión ETESA.

Finalmente, el **Dr. Sergio Puebla**, especialista en epidemiología clínica, con experiencia en medicina basada en la evidencia, economía de la salud, evaluaciones económicas en salud y métodos y diseños de investigación expuso acerca del estado de la información en Chile en un contexto ETESA.

El seminario cerró con la exposición de **Mónica Aravena Pastén**, Jefa del Departamento de Economía de la Salud, quién presentó los lineamientos para la evaluación económica en Chile, lanzando la "Guía Para el Uso de Evidencia de Costo-Efectividad en Intervenciones en Salud" realizado por los profesionales del DESAL.

Con ello, el evento se desarrolló en un ambiente de gran intercambio de ideas y experiencias en los temas de interés con el objetivo de diseñar y posteriormente implementar un modelo de ETESA en nuestro país. Lo anterior, se tradujo en una nutrida e interesada audiencia que tuvo la oportunidad de expresar sus dudas, inquietudes y preguntas al panel de expertos.



Subsecretario de Salud Pública: **Dr. Jorge Díaz Anaiz**  
Jefa División Planificación Sanitaria: **Dra. Gabriela Moreno Maturana**  
Jefa Departamento de Economía de la Salud: **Mónica Aravena Pastén**  
Editor Responsable: **Sergio Poblete Vargas**