

**Ministerio
de Salud**
Departamento
Economía de la Salud
Monjitas 689, Of. 22



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



En esta edición

Estudios de Verificación de Costos en la Reforma de las GES

Vínculos entre financiamiento, pobreza y protección social en salud

Estimación del potencial impacto económico sanitario de la pandemia de influenza aviar en Chile

Participación del DESAL en el Grupo de Trabajo Intersectorial del Adulto Mayor, GTIAM

Noticias del año 2007

Volumen 1
N° 1 Santiago
Enero de 2008
ISSN 0718-5294

La creación del Departamento de Economía de la Salud (DESAL) en el Ministerio de Salud ha permitido conformar un grupo de profesionales que, con mucho entusiasmo, están estudiando internamente, y en colaboración con otras instancias intra y extrasectoriales, diversos temas, aportando con herramientas que brinda la economía al análisis de las políticas llevadas a cabo en salud. Asimismo, la incorporación en este Departamento de la Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial, encargada de la elaboración y coordinación de estadísticas económicas del sector, ha significado aumentar de manera importante la contribución del DESAL a dicho fin.

Hemos considerado necesario difundir, a través de este Boletín de circulación cuatrimestral, el trabajo que estamos realizando, al que se puede acceder también a través de la página web del Ministerio, www.minsal.cl/desal

Una línea de desarrollo de mucha importancia en el DESAL, han sido los estudios asociados al establecimiento del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, uno de los pilares de la Reforma llevada a cabo a en nuestro sector. Actualmente está en proceso de ejecución un tercer Estudio de Verificación de Costos, lo que ha permitido ir avanzando en el conocimiento de proyecciones de costos y demandas asociadas a los problemas garantizados, a través de la elaboración de metodologías de gran utilidad para el diseño de las políticas, según se señala en uno de los artículos de este Boletín.

El segundo artículo es producto del apoyo que presta nuestro Departamento, a nuestras más altas autoridades, en el análisis de un tema de particular vigencia: la vinculación entre financiamiento, pobreza y protección social en salud. En efecto, en este artículo se entregan antecedentes respecto de la manera que impacta la salud en el desarrollo económico, los hallazgos relevantes para la región en este ámbito, y aspectos relativos al financiamiento y la ampliación de la cobertura del seguro para cubrir segmentos de la población actualmente desprotegidos.

El tercer artículo presenta una estimación del impacto económico sanitario que tendría la presencia de la pandemia de influenza aviar en Chile. Actualmente, en la literatura encontramos dos enfoques para estimar el impacto económico de la posible pandemia de influenza. El primero es un enfoque macroeconómico, a partir del cual, se intenta medir el efecto de corto y largo plazo en el PIB, reconociéndose distintas vías de transmisión de este impacto a través de variables de demanda (ej: reducción en el consumo debido a desconfianza e incertidumbre) y oferta (ej: reducción de la oferta laboral debida a discapacidad y muerte). Con estos estudios, se han estimado impactos de alta variabilidad, con reducciones en el crecimiento anual del PIB que van desde los 0,3 a los 6,5 puntos porcentuales. El segundo enfoque, es aquel en el que se estima el impacto económico-sanitario (ejes: hospitalizaciones, muertes, etc.) y se valorizan las pérdidas generadas a partir de estos casos. En el presente artículo se utilizó la segunda aproximación metodológica señalada, y representa un aporte pionero en la materia para nuestro país, pudiéndose ajustar sus resultados a través de sensibilizaciones según los avances en la información de los insumos requeridos para su cálculo.

Una línea de trabajo desarrollada durante este año fue el Adulto Mayor, respecto de este tema se presenta una breve síntesis de los aportes que nuestro departamento brindó a una de las iniciativas intersectoriales en las que participamos durante este año.

Finalmente se presenta una sección de Noticias 2007, donde compartimos algunas de las actividades que como departamento organizamos y, otras en las que nos correspondió participar.

Por último, creemos que este Boletín será un medio valioso para interactuar con nuestros lectores, los invitamos desde ya a comentar nuestros contenidos, los que pueden hacer llegar, ingresando a la página web del Ministerio.

Disponible a través de Internet en <http://www.minsal.cl/desal>



Los Estudios de Verificación de Costos en la Reforma de las GES

Sylvia Galleguillos – sgalleguillos@minsalcil.cl^{1,2}

1. Introducción

Una de las piezas legales clave para implementar las Garantías explícitas de la Reforma a la Salud fue la Ley 19966³. En ella se estableció que las garantías se implementarían gradualmente a contar del 2005, lo que a estas alturas es ampliamente conocido. A contar de Julio del 2007, acaban de entrar en régimen un total de 56 problemas garantizados.

En esta etapa de implementación del proceso, queremos hacer aquí una síntesis de lo que han sido los estudios de costos asociados a la ley en mención: su fundamentación, su implementación y sus resultados. La responsabilidad de estos estudios ha recaído en la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública, y en particular, la coordinación de las contrapartes respectivas en su Departamento de Economía de la Salud. Ellos han significado un esfuerzo considerable de recursos financieros y humanos para llevarlos a cabo.

2. Fundamentación de los Estudios

La Ley 19966 estipula que las Garantías Explícitas en Salud serán elaboradas por el Ministerio de Salud, de conformidad con el procedimiento establecido en dicha ley y su respectivo reglamento⁴, y deberán ser aprobadas por Decreto Supremo de dicho Ministerio, suscrito además, por el Ministro de Hacienda (art.11). Establece que al iniciarse el proceso destinado a establecer las Garantías Explícitas en Salud, el Ministerio de Hacienda fijará el marco de los recursos disponibles para su financiamiento en el Fondo Nacional de Salud y el valor de la *Prima Universal* (Fonasa e Isapres) al que deberán ajustarse dichas garantías. Así las garantías explícitas que se determinen, no podrán generar un costo esperado individual promedio pertinente, del conjunto de los beneficiarios del FONASA e ISAPRES sig-

nificativamente diferente de la prima universal señalada⁵. Asimismo, señala que la elaboración de la propuesta de Garantías Explícitas en Salud (GES) considerará el desarrollo de estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideren la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión de la vida o a la calidad de la misma, y cuando sea posible, su relación costo efectividad. Conforme al desarrollo de estos estudios, y la experiencia y evidencia científica nacional y extranjera, se confeccionará un listado de enfermedades y sus prestaciones asociadas, propuesta que deberá someterse a un *proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con garantías explícitas, mediante un estudio convocado para tales efectos, que será dirigido y coordinado por el Ministerio de Salud*. Su objetivo fundamental, será entonces apoyar la propuesta de priorización, con el objeto que ella se enmarque dentro de los recursos considerados según la prima universal establecida previamente por el Ministerio de Hacienda.

Acerca de este estudio en la Ley se efectúan una serie de requerimientos, tales como que debe ser producto de un llamado a licitación nacional e internacional, someter sus resultados a una audiencia pública. Qué ha pasado entonces con esta disposición que ha conferido un mandato legal al Ministerio de Salud?

3. El Itinerario Seguido Conforme a la Ley 19.966

3.1 Estudio Verificación de Costos 2005

La normativa señalada precedentemente se tradujo en un primer Estudio de Verificación del Costo Esperado por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas, que se llevó a cabo en el año 2005



1 Ingeniero Comercial, MHSc, Jefa del Departamento de Economía de la Salud de la División de Planificación Sanitaria.

2 La autora agradece comentarios y aportes a este artículo de la Dra. Ximena Aguilera y Carla Castillo, ing. comercial.

3 Diario Oficial (2004)

4 Diario Oficial (2005)

5 De este modo, la prima universal consiste en el valor máximo anual por beneficiario que puede alcanzar el costo esperado por beneficiario para el conjunto de la población de ISAPRE y FONASA. La ley estableció que dicho valor ascendería a 1,02 UF en el año 2005, cuando se garantizaran los primeros 25 problemas GES. Se incrementaría proporcionalmente al número de problemas a medida que éstos aumentaran, llegando a tener un valor de 3,06 UF para los 56 problemas en régimen.



(EVC2005)^{6,7}. Fue adjudicado a la consultora Bitrán & Asociados, y tuvo como objetivo general obtener una estimación del costo anual esperado por beneficiario para cada uno y el total de los 56 problemas de salud, considerando a los beneficiarios de Fonasa e Isapre en su conjunto. Sus resultados servirían de referencia para la propuesta de 40 problemas a garantizar a contar del 1 de Julio del 2006.

Cabe destacar que el costo esperado lo determinan variables de costo y demanda, es decir, estará influido por una parte, por el costo de provisión de los problemas GES, y por otra, de la demanda que por ellos se exprese en la red que el asegurador público, Fonasa, y los aseguradores privados, Isapres, dispongan para satisfacerla.

Con respecto a los costos, el estudio se refiere a los costos del total de problemas a garantizar, los que a su vez constituyen un paquete de intervenciones. Por ejemplo, una de los problemas garantizados a contar del 2005 fue la Insuficiencia Renal Crónica, y dentro de éste, se garantizaron intervenciones relativas a la hemodiálisis, trasplante renal, etc. A su vez, dentro de cada intervención se garantizan prestaciones detalladas en el Listado de Prestaciones Específico del Decreto respectivo.

Por lo tanto, cabe destacar que el cálculo de los costos de los problemas implicó costear un total de 446 intervenciones sanitarias, relativas a 8005 prestaciones (1320 distintas), lo que implicó una tarea de considerable envergadura. Lo estrecho de los plazos permitió que la metodología considerara para estos efectos, como infor-

mación basal, aquella correspondiente al Arancel de la Modalidad de Atención Institucional (MAI), proponiendo varios ajustes, en base a información empírica recogida de una muestra de 9 hospitales públicos (uno regional). Esto permitió corregir este arancel por concepto de costos de operación, administración y depreciación, y además por complejidad y eficiencia las prestaciones que correspondían a días cama. Para el caso de la Atención Primaria de Salud, los ajustes se hicieron en base a información extraída de un cuestionario aplicado a 5 consultorios metropolitanos.

Con respecto a la demanda, este estudio significó estimar para cada uno de los 56 problemas, cuánto sería la demanda a la red GES pública y privada. Al momento de la realización del estudio, los problemas no entraban aún en vigencia, por lo que este elemento era fuente de gran incertidumbre. Se contaba con información de la necesidad de diversa fundamentación, a la cual ha contribuido enormemente el trabajo desplegado durante estos años por el Departamento de Epidemiología y el Departamento de Estadísticas e Información en Salud de la DIPLAS, la que era necesario adaptar a los problemas específicos en estudio, que garantizan cobertura a grupos etáreos específicos o intervenciones específicas relativas a cada problema. Y como paso siguiente, era necesario establecer lo que nos interesa para el cálculo del costo esperado: la demanda efectiva a la red GES. Esto nos planteaba interrogantes del tipo: ¿Cuánto sería el movimiento de beneficiarios entre sistemas? ¿Cambiarían ellos sustantivamente las poblaciones Isapre y Fonasa producto de esta Reforma? ¿Los beneficiarios accederían a la red GES de sus respectivos seguros, u optarían por otras vías? (siguiendo con fidelidad a sus tratantes, optando por el Plan Complementario en las Isapres, o alternativamente, por la Modalidad de Libre Elección en Fonasa) ¿Cuánto es el impacto de esta variable según el problema considerado?. Asimismo, ¿cuánto sería la elasticidad precio por los problemas señalados y cuánto esta varía según el problema o intervención específica?. De allí que la línea de análisis que se comenzó a desarrollar con este estudio haya resultado de gran relevancia, aunque, por supuesto, perfectible a medida que avanza el proceso de implementación de las garantías.

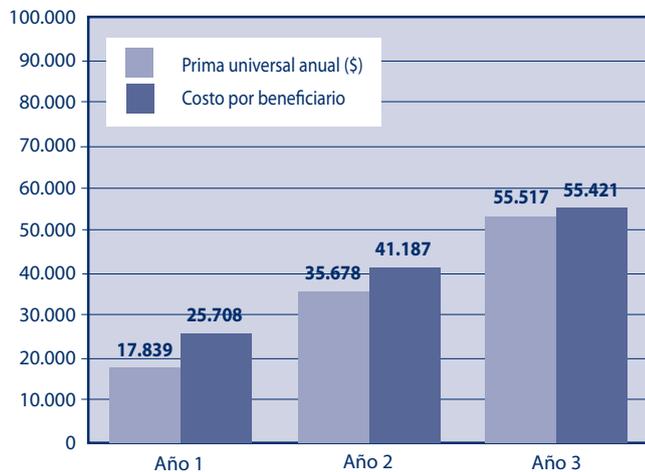
Conforme se muestra en los gráficos siguientes, este estudio calculó un costo esperado para los tres años siempre por sobre la prima universal. En particular, para el año 2007 (año 3 en el Gráfico 1), el costo ascendió a \$55.421, estando esta cifra un 3,6 % por sobre el valor de la prima. Sus resultados fueron plausibles en términos de cuánto contribuía cada problema al costo total GES. Efectivamente, la Hipertensión Arterial, la Insuficiencia Renal Crónica Terminal, la Depresión en mayores de 15 años, la Diabetes Mellitus tipo II, y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA

6 Las bases para llamar a licitación de este estudio se aprobaron según Resolución Afecta Nº 44, del 10 de Mayo del 2005. Ministerio de Salud.

7 Ministerio de Salud (2006).



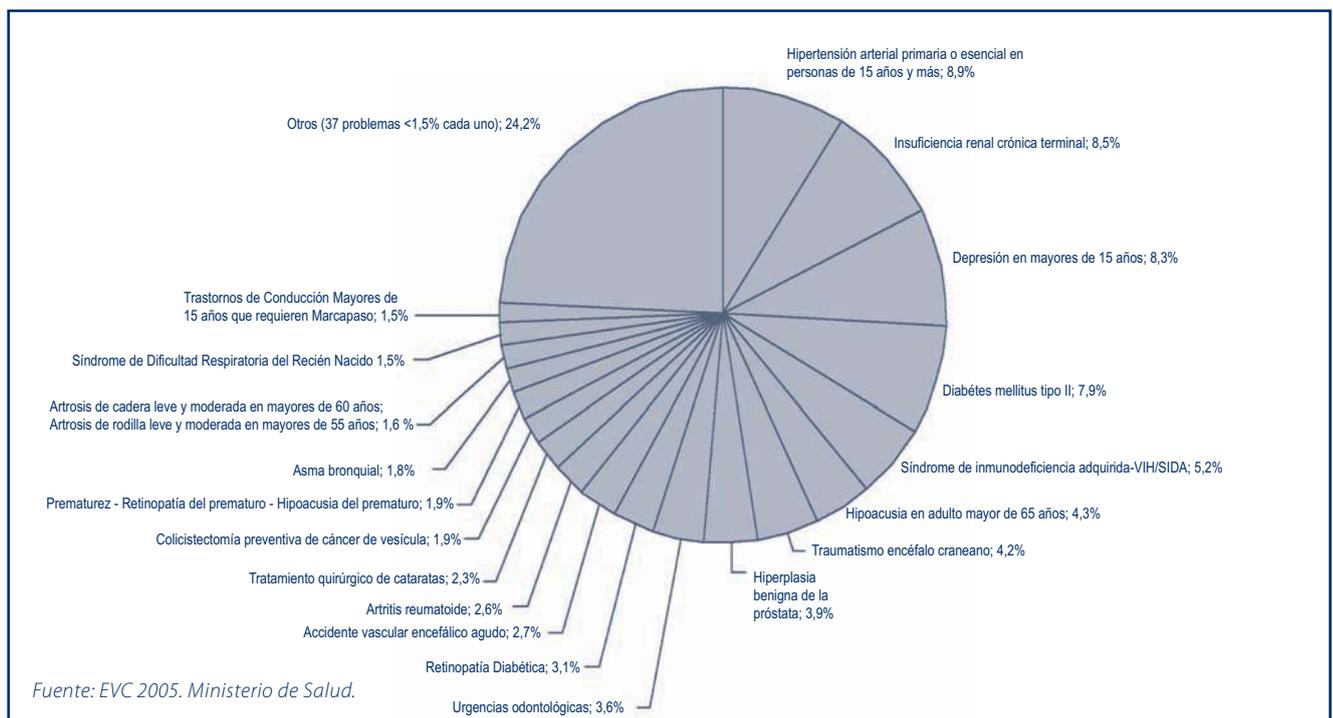
Gráfico 3.1: Comparación de la Prima Universal con el Costo esperado GES por beneficiario, años 1, 2 y 3 (2005-07; \$ del 30/06/05)



Fuente: EVC 2005, Ministerio de Salud.

estaban en los primeros lugares en cuanto a su contribución al costo⁸. Su participación se debía al alto costo estimado, o a la alta demanda proyectada. Cabe destacar que todas ellas, con excepción de la Depresión, se garantizaron en el primer conjunto de 25 problemas el año 2005.

Gráfico 3.2: Estructura del Costo Esperado Total GES para el año 2007



Fuente: EVC 2005. Ministerio de Salud.

⁸ Ya en el Estudio de Carga de Enfermedad del Ministerio de Salud del año 1996, la Hipertensión y la Depresión estaban dentro de las 15 primeras causas específicas de AVISA (años de vida ajustados por discapacidad) perdidos.

Sin lugar a dudas, este primer EVC estuvo sujeto a limitaciones, dadas principalmente por tratarse de un ajuste del MAI en base a una muestra de hospitales que tenía información no homogénea, debido a las restricciones impuestas por nuestros sistemas de información⁹. Asimismo, la muestra de establecimientos para la recolección de datos en la atención primaria, conforme se señaló anteriormente, fue particularmente reducida, lo que cuestiona la representatividad de los datos. Sin embargo, creemos que aportó con resultados y elementos metodológicos de gran valor, que constituirían una referencia importante para los próximos estudios.

3.2 Estudio Verificación de Costos 2006

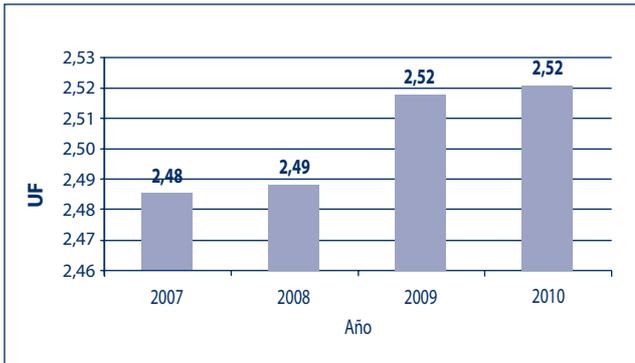
El segundo Estudio de Verificación de Costos se realizó en el año 2006 (EVC2006), nuevamente conforme a lo establecido en la Ley 19966^{10, 11}. Su objetivo era verificar los costos totales y cada uno de los 56 problemas a garantizar a contar del 1 de Julio del 2007. Fue adjudicado al Departamento de Economía de la Universidad de Chile, y contó con colaboración de académicos de la Pontificia Universi-

⁹ El estudio se basaba en información provista por hospitales que tuvieran el Winsig, sistema de información que a la fecha de la recolección de los datos tenía diversos grados de desarrollo en los establecimientos estudiados

¹⁰ Bases de licitación aprobadas según Resolución Afecta N° 66 del 3 de Abril del 2006. Ministerio de Salud.

¹¹ Minsal (2007).

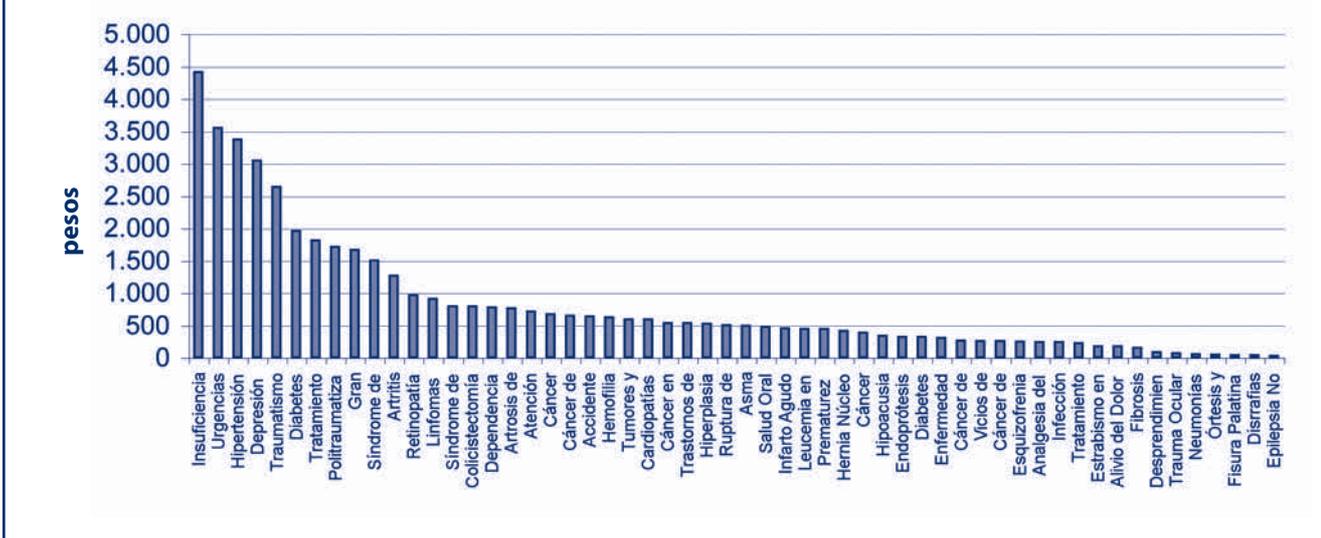
Gráfico 3.3: Costo Esperado Individual Julio 2006



Fuente: EVC 2006. Ministerio de Salud.

12 intervenciones quirúrgicas, 8 prestaciones odontológicas y un total de 42 prestaciones no aranceladas¹². Este trabajo se efectuó en 25 establecimientos, entre los cuales había hospitales generales, hospitales de especialidad, consultorios de especialidad, consultorios de atención primaria y CESFAM, pertenecientes a 7 Servicios de Salud (5 de la Región Metropolitana y 2 de regiones: Maule y Viña del Mar-Quillota). Al igual que para el estudio anterior, para el sistema privado se consideraron los precios de convenio GES de las ISAPRE con sus prestadores, para el caso de los 40 problemas que ya estaban en régimen. Para los 16 problemas que se incorporaron a partir de este año, dada la inexistencia de convenios, se consideraron los precios de lista de las ISAPRE para cada una de las prestaciones incluidas en las intervenciones sanitarias correspondientes.

Gráfico 3.4: Costo por Problema de Salud Julio 2006



Fuente: EVC 2006. Ministerio de Salud.

dad Católica. Esta colaboración hizo posible que en este estudio se recurriera a un modelamiento de mayor riqueza para sus estimaciones de demanda, con mayores fuentes de información para sus predicciones, considerándose un par de escenarios alternativos para la demanda Fonasa e Isapres, según la aplicación de supuestos diferenciados para ambos sistemas.

En materia de costeo, se aplicó una metodología de costeo directo de prestaciones seleccionadas en base a los resultados del estudio anterior, que se consideraron de alta relevancia. De este modo se costearon en terreno, un total de 102 prestaciones, entre las cuales se cuentan: la totalidad de los días cama clasificados por Fonasa en su arancel MAI (Modalidad de Atención Institucional), 15 consultas en Atención Primaria y 10 de especialidad,

Un segundo componente de este estudio consistió en una Investigación de Mercado de precios de Medicamentos, insumos órtesis y prótesis, que se incluyó precisamente porque los resultados del Primer EVC2005 apuntaban a que por lo menos un 24% del costo GES 2007 correspondía a medicamentos.

Según se observa en los gráficos, los resultados entregaron una cifra del costo esperado individual promedio igual a 2,48 UF. Es decir, un 18,9% menor que el valor de 3,06 UF correspondiente a la prima universal fijada para el año 2007. La Hipertensión Arterial, la Infecciones Respiratoria Aguda en menores de 5 años, la Diabetes Mellitus Tipo II, la Depresión y la Salud Oral Integral para Niños de

¹² Significa que no tienen un código en Arancel MAI.

6 años estuvieron dentro de los 5 problemas de mayor demanda a la Red GES de Fonasa e Isapres, considerando a estos sistemas por separado.

De forma similar al estudio anterior, se repiten los problemas con mayor contribución al costo, ocupando además un alto lugar las Urgencias Odontológicas y el Traumatismo Encéfalo Craneano, problemas que en el estudio anterior tuvieron un menor detalle en sus estimaciones. En esta oportunidad ocho problemas de salud concentran la mitad del costo de las GES: IRCT, Urgencias Odontológicas, Hipertensión Arterial Primaria o Esencial, Depresión, Traumatismo Encéfalo Craneano, Diabetes Mellitus tipo II, Tratamiento Quirúrgico de Cataratas y Politraumatizado (Traumatizado Grave).

Los motivos por los cuales este costo total resulta menor al estimado en el estudio anterior pueden obedecer a múltiples causas. A nivel de costos de prestaciones, sus resultados, producto del costeo en terreno, fueron inferiores para todas las prestaciones correspondientes al día cama¹³, que sabemos contribuye de manera importante a los costos totales (14% del Costos GES según los cálculos del EVC2005). Lo mismo ocurrió para las consultas de especialidades, donde las diferencias son sustantivas, estando algunos valores por debajo del 50% de los valores estimados en el EVC2006. Con respecto a los medicamentos, que como señaláramos conforman parte importante de los costos, el EVC 2006 contempló una investigación metodológica más acabada que el primer estudio y en particular, en el caso del sector privado, en el primer estudio muchos de los precios fueron obtenidos de farmacias, por lo que sus precios son esperables que resulten mayores a los incluidos dentro de los convenios entre isapres y prestadores, que fue la valorización con que ellos participaron en el EVC 2006. Ahora, el sesgo hacia la baja no es sistemático, hay precios de prestaciones para las cuales los del EVC 2006 son más altos, (ejs: prestaciones de atención abierta, medicina nuclear y radioterapia). Sin embargo, al observar las primas por problema por beneficiario, en general todas ellas son menores que para el EVC 2005, lo que en algunos casos, impactan enormemente a la baja los costos totales estimados del GES (ejs: Diabetes Mellitus tipo II, Endoprótesis total de Cardera, Hipertensión Arterial).

Respecto a la demanda, como señaláramos anteriormente, las estimaciones para el EVC 2006 responden a un modelamiento más preciso que el primer estudio, sin embargo nuevamente, dado lo reciente de la implementación de las garantías, la demanda efectiva resulta difícil de proyectar, lo que incidirá probablemente en que en

algunos casos, las estimaciones resulten por sobre o bajo la demanda finalmente revelada en las redes GES. En este sentido, en el estudio se advierte que algunos de los problemas podrían estar sujetos a una sobreestimación de la demanda, dada por multimorbilidad y comorbilidad de enfermedades crónicas¹⁴ y por falta de adherencia a tratamientos crónicos, no medida en la práctica.^{15, 16} Asimismo, se reconoce la existencia de un sistema todavía inestable, por lo cual resulta de difícil proyección la conducta del beneficiario respecto de la elección del prestador, ante las alternativas de entrar o no a la red GES. De allí que en el estudio en mención se hayan considerado dos escenarios respecto de la demanda por intervenciones sanitarias de cada uno de los 56 problemas, uno en base a supuestos más conservadores y otro más expansivo, que permiten aproximar simulaciones a medida que se vaya obteniendo la información efectiva de casos por problema GES¹⁷.

Finalmente, respecto a la brecha estimada entre los costos de este estudio y la prima universal, cabe destacar que los cálculos de los primeros corresponden al total de los costos de implementación de los 56 problemas con garantías de acceso y oportunidad, sin tomar en cuenta los costos que involucren la implementación de la garantía de calidad. Esto, debido a que al momento de efectuarse el estudio, los reglamentos que acreditan establecimientos y prestadores aun no estaban promulgados. Su inclusión reduciría la brecha estimada por este segundo estudio.

3.3 Estudio Verificación de Costos con la Atención del Parto

Debido a la diferencia que existía entre la prima universal y el costo total esperado calculado en el EVC 2006, el Ministerio de Salud decidió llevar adelante un tercer estudio, que tiene por objetivo estudiar el Costo del Problema de la Atención del Parto. En él se recalculará el costo total esperado, estimado en el estudio del 2007, incorporando los costos de este nuevo problema. A contar del 1 de Julio del 2007 la intervención garantizada relativa al parto tomó en cuenta sólo la analgesia, y con

¹³ La única excepción fue el día cama de hospitalización intermedio pediátrica.

¹⁴ Se produce porque tanto el recurso médico como algunos tratamientos y exámenes de monitoreo o seguimiento se encuentran duplicados en distintas canastas.

¹⁵ Lo contrario, es decir, subestimar la demanda, podría ocurrir en problemas como dependencia de alcohol y drogas en adolescentes, en el que la magnitud del consumo y cuánto de éste se traduciría en atenciones bajo las condiciones que implicarían las garantías, resulta difícil de determinar.

¹⁶ Respecto a estimaciones relativas a la adherencia al tratamiento, la División de Planificación Sanitaria ha llamado ya a licitación para la ejecución de un estudio de costo efectividad donde este elemento sería objeto de medición, lo que entregaría antecedentes no estudiados para nuestro país.

¹⁷ La estimación final consideró un promedio entre ambos escenarios.

el estudio en comento, se podría obtener una estimación del costo de la atención completa. Interesaba conocer en terreno cómo se está resolviendo esta atención a lo largo del país, que cuenta con una alta cobertura de atención profesional¹⁸ y los costos que ella implica. Este estudio se licitó a comienzos de este año, y luego de un proceso riguroso de evaluación de las seis propuestas presentadas, se adjudicó a la Consultora Bitrán & Asociados. El informe final está próximo a emitirse, y comprenderá la definición y costeo de la canastas de prestaciones relativas al parto, y el costo total esperado según sus estimaciones de demanda a la red GES. Para ello se ha recurrido a una revisión de fichas clínicas, observación directa, costeo en terreno de prestaciones y entrevistas a directivos de establecimientos. Estos componentes han significado que en total se haya recurrido a una muestra de 42 establecimientos públicos y privados.

Como última reflexión, al terminar este recuento, queremos recordar aquí que la Reforma a la Salud ha permitido después de muchos años, que este sistema segmentado de salud tenga un punto importante de convergencia, cual es, la igualdad de garantías de acceso, oportunidad y financieras respecto de algunas intervenciones de salud para beneficiarios de los sistemas público y privado. Se ha perseguido que esas intervenciones estén asociadas a problemas de salud que impactan fuertemente la carga de enfermedad del país, y sean las más costo efectivas. Todo esto, dentro de un marco de recursos sustentable, que le dé permanencia a la Reforma, y que permita que las coberturas garantizadas se puedan ir ampliando.

Para concretar adecuadamente lo anteriormente señalado, proyectar lo más correctamente posible costos y demanda, resulta esencial. Por este motivo, en adición a que los estudios de costos han señalado un itinerario de imperativo legal para este Ministerio, ellos han significado el reforzamiento de una línea de investigación consustancial a la implementación de la Reforma, con el objeto de apoyar las decisiones que el gobierno debe tomar relativas a las garantías. Al menos en nuestro sector público, la experiencia en estudios de costos está lejos de ser profusa y actualizada. De allí que estos estudios implican un alto valor agregado, acorde con las exigencias que impone la Reforma al gobierno, en su rol regulador y formulador de políticas, y a aseguradores, usuarios y prestadores.



4. Referencias Bibliográficas

- Ley N° 19966, Establece Régimen de Garantías de Salud. Diario Oficial del 3 de Septiembre del 2004.
- Decreto Supremo N°121. 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. Diario Oficial del 19 de Agosto del 2005.
- Ministerio de Salud. Resolución Afecta N° 44. Mat: Aprueba Bases Especiales de Licitación Pública para la Realización del Estudio "Verificación del Costo Esperado por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas". 10 de Mayo del 2005.
- Ministerio de Salud (2005). Verificación del Costo Esperado por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas. Elaborado para el Ministerio de Salud por Bitrán & Asociados. Diciembre 2005.
- Ministerio de Salud (1996). Estudio de Carga de Enfermedad. División de Planificación Estratégica. 1996.
- Ministerio de Salud (2006). Resolución Afecta N° 66. Mat: Aprueba Bases Especiales de Licitación Pública para la Realización del Estudio "Verificación del Costo Esperado por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas-GES 2007". 3 de Abril del 2006.
- Ministerio de Salud (2007). Verificación del Costo Esperado por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas. Elaborado para el Ministerio de Salud por la Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile. Informe Integrado. Enero 2007.

18. En la actualidad la cobertura promedio es de un 99,8%.





Vínculos entre financiamiento, pobreza y protección social en salud^{1,2}

David Debrott S.³, ddebrott@minsal.cl - Ciro Ibáñez G.⁴, cibanez@minsal.cl

1. Antecedentes generales del financiamiento de la salud de la población chilena

Los antecedentes en torno al financiamiento de la salud en Chile que se comentan están guiados por tres ejes. El primero se refiere a la adscripción de la población a los distintos sistemas de financiamiento de la salud existentes en Chile. En segundo lugar se entregan antecedentes en torno al financiamiento de los dos principales sistemas de financiamiento y finalmente se termina con una síntesis que expresa las principales diferencias de carácter estructural de la salud en su conjunto.

1.1 Adscripción de la población a los distintos sistemas de financiamiento de la salud

Parece adecuado comenzar el análisis estableciendo la dinámica que ha seguido la población en términos de su adscripción a los sistemas de salud vigentes. En la Tabla

1.1 se observan tres tendencias. Primero, la población que se atiende en el sistema público ha aumentado de un 61,8% en 1998 a un 71,6% en 2003. Segundo, la población beneficiaria de las ISAPRES ha disminuido de 23,1% en 1998 a un 16,7% en 2003.⁵ Por último, la población que dice no pertenecer a ningún sistema de salud disminuye de 10,9% en 1998 a un 7,3% en 2003.

Tabla 1.1:
Población según sistema previsional, 1998 - 2003

	1998	2000	2003
Sist. Público	61,8%	66,4%	71,6%
FF.AA. y de Orden	3,0%	3,1%	3,1%
ISAPRE	23,1%	19,9%	16,7%
Ninguno (particular)	10,9%	9,7%	7,3%
Otro sistema	0,3%	0,4%	0,2%
No sabe	0,9%	0,6%	1,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Minsal (2006) sobre la base de Encuestas CASEN

La Tabla 1.2, muestra la distribución de la población según el sistema de salud al que se encuentra adscrito, según quintil de ingreso. De la tabla se desprende que la composición social ha tenido cambios importantes, tanto en el sistema público como en las ISAPRES. En efecto, para el caso del sistema público se observa un aumento de la participación de beneficiarios de todos los quintiles, decreciendo en importancia de acuerdo se avanza hacia los quintiles de mayor ingreso. En el sistema público se concentra la mayoría de la población de menores ingresos; de esta manera vemos que, de la población del Quintil I en 1998, un 86,2% dice pertenecer a este sistema, aumentando a 90,9% en 2003. Por el contrario, en el sistema de ISAPRES se observa una disminución en todos los quintiles siendo particularmente significativa la disminución de importancia de beneficiarios pertenecientes a los quintiles II y III que en su conjunto bajan de 34,5% a un 17,2% en 1998 y 2003 respectivamente.

1 Este artículo corresponde a una adecuación y revisión del documento escrito como apoyo a la participación de la Ministra de Salud María Soledad Barría en la Conferencia Internacional "Protección en Salud en países en desarrollo: rompiendo el círculo vicioso enfermedad-pobreza", realizada en París los días 15 y 16 de marzo 2007. La estructura del artículo se guía por las preguntas contenidas en el paper conceptual que convocó a dicho evento.

2 Se agradecen los comentarios de la Dra. Ximena Aguilera.

3 Economista, Jefe de la Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial del Departamento de Economía de la Salud de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública.

4 Economista, Departamento de Economía de la Salud de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública.

5 Estas dos primeras tendencias hay que situarlas en el contexto económico que enfrentó la economía chilena en el periodo considerado, particularmente en lo que respecta al desempleo. En efecto, mientras en el año 1998 la tasa de desempleo en el mes de noviembre fue de 7,1%, en los años 2000 y 2003 ésta fue de 9,4 y 8,1. Esta situación explica, en parte, las tendencias comentadas, particularmente de aquellos afiliados al sistema privado que al quedar sin empleo dejan de cotizar y quedan fuera de la cobertura de dicho sistema, donde lo más probable es que dichas personas se empiecen a atender en el sistema público, aumentando la cobertura del seguro público y disminuyendo la del seguro privado. Igual comentario vale para aquellas personas que financian su salud sin estar afiliado a ningún sistema, pero que en periodos de crisis, donde disminuyen sus ingresos pasa a financiar su salud en el sistema público.

Tabla 1.2: Pertenencia a sistemas de salud según quintil, 1998 – 2003

a) 1998	I	II	III	IV	V	Total
Sist. Público	86,2%	73,9%	62,4%	47,1%	26,0%	61,8%
FF.AA. y de Orden	0,5%	1,7%	3,5%	5,4%	4,9%	3,0%
ISAPRE	4,0%	13,2%	21,3%	33,0%	55,4%	23,1%
Ninguno (particular)	8,5%	10,1%	11,3%	13,1%	12,6%	10,9%
Otro sistema	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,5%	0,3%
No sabe	0,6%	0,9%	1,3%	1,1%	0,7%	0,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

b) 2000	I	II	III	IV	V	Total
Público	87,5%	80,1%	67,0%	53,4%	29,6%	66,4%
FF.AA. y del Orden	0,5%	1,6%	4,4%	5,6%	4,8%	3,1%
ISAPRE	3,1%	7,8%	17,6%	29,5%	54,2%	19,9%
Ninguno (Particular)	8,5%	9,7%	10,0%	10,3%	10,4%	9,7%
Otro Sistema	0,1%	0,3%	0,3%	0,6%	0,6%	0,4%
No sabe	0,4%	0,6%	0,7%	0,6%	0,4%	0,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

c) 2003	I	II	III	IV	V	Total
Sist. Público	90,9%	85,2%	75,9%	60,0%	33,2%	71,6%
FF.AA. y de Orden	0,6%	1,6%	3,9%	5,5%	5,1%	3,1%
ISAPRE	1,6%	5,7%	11,5%	24,4%	51,2%	16,7%
Ninguno (particular)	6,1%	6,4%	7,3%	8,4%	9,0%	7,3%
Otro sistema	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,4%	0,2%
No sabe	0,6%	1,0%	1,1%	1,5%	1,2%	1,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Minsal (2006) sobre la base de Encuestas CASEN

Gráfico 1.1:
Estructura de financiamiento de Fonasa, 2003.

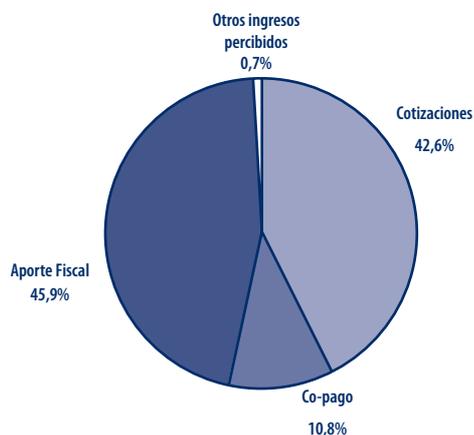
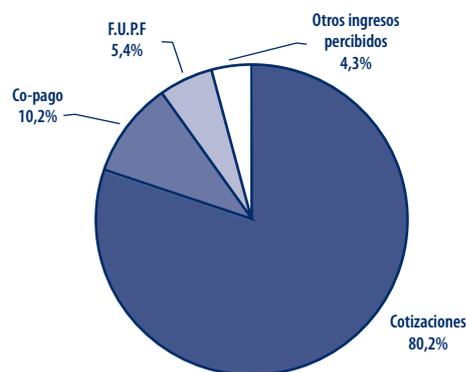


Gráfico 1.2:
Estructura de financiamiento de Isapres, 2003



Fuente: Minsal (2006)

1.2 Estructura de ingresos de Fonasa e Isapres

En términos del financiamiento de los seguros, se puede decir que las fuentes son distintas. En el caso del seguro público estas provienen de dos fuentes principales, la

más importante es el aporte fiscal correspondiente al año 2003 a un 45,9% y en segundo lugar a las cotizaciones con un 42,6%, en su conjunto estas dos fuentes explican un 88,5% del financiamiento de Fonasa, tal como se puede apreciar en el Gráfico 1.1.

En el caso de las Isapres la situación es distinta. En efecto, la principal fuente de financiamiento corresponde a las cotizaciones de los afiliados que suman un 80,2%, lo que es seguido por los copagos con un 10,2%, tal como se puede apreciar en el Gráfico 1.2.

1.3 Gasto de Bolsillo

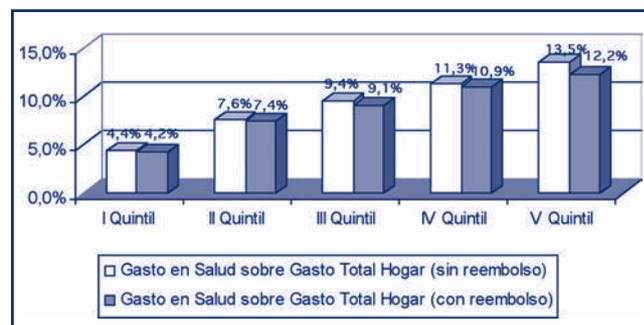
El gasto de bolsillo en salud es un componente del financiamiento que proviene directamente de los hogares y que se manifiesta en el momento en que se presenta la enfermedad. Está ampliamente demostrado que aquellos sistemas que basan su financiamiento en este componente son ineficientes, inequitativos e insostenibles en el largo plazo. De allí que uno de los objetivos sanitarios

para esta década es reducir la proporción que estos representan en el ingreso de los hogares.

Los resultados del Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud muestran que el gasto de bolsillo en salud representa en promedio un 9,6% del gasto total de los hogares y un 8,6% si se descuentan los reembolsos. Así también, se observa que hay una importante progresividad, es decir, este gasto representa una proporción mayor en los hogares de mayores recursos, tal como se puede apreciar en el Gráfico 1.3.

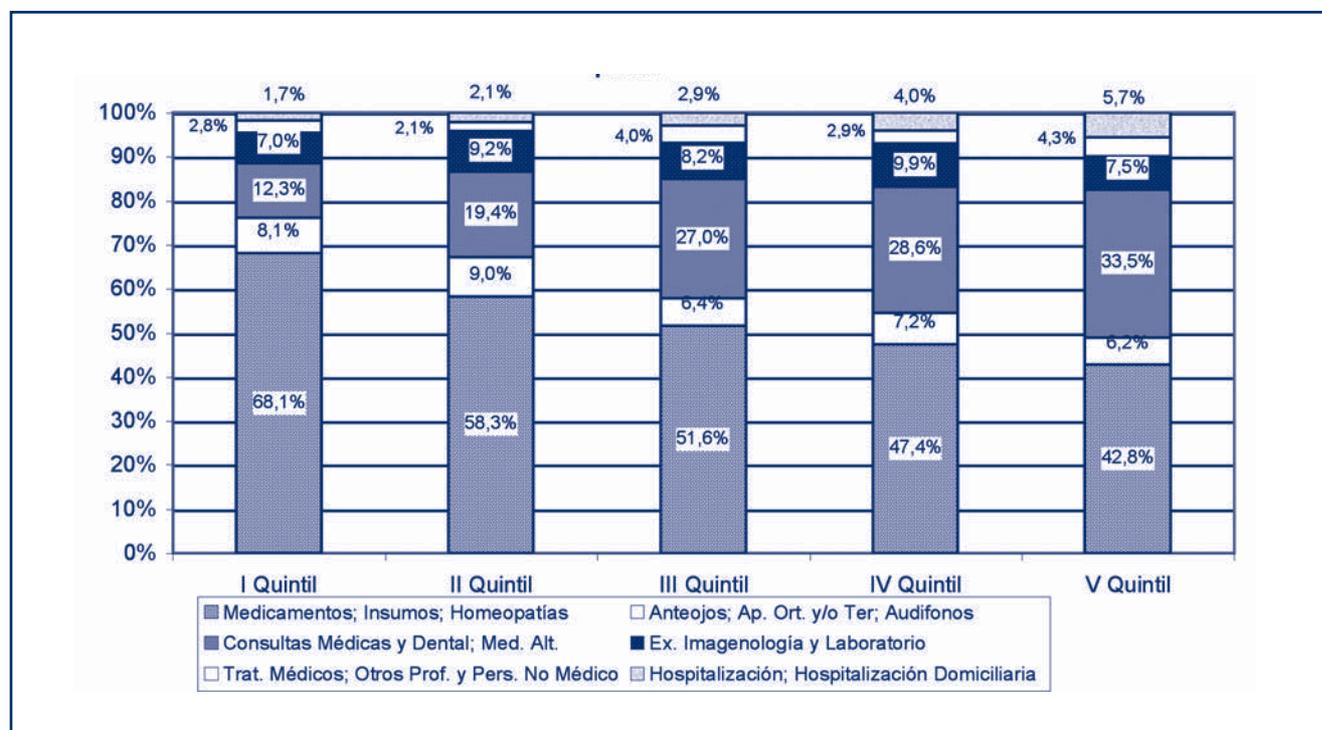
Otro aspecto importante es el peso que representa el gasto en medicamentos, el que además de ser el componente principal del gasto de bolsillo de los hogares es regresivo. En el Gráfico 1.4 se observa que entre los hogares de menores recursos este representa un 57,2% del gasto de bolsillo en salud.

Gráfico 1.3: Peso del Gasto de Bolsillo en Salud Participación % en Gasto Total de Hogares



Fuente: Encuesta de Satisfacción y Gasto en Salud 2006.

Gráfico 1.4: Composición del gasto en salud, según quintil (incluyendo reembolsos)

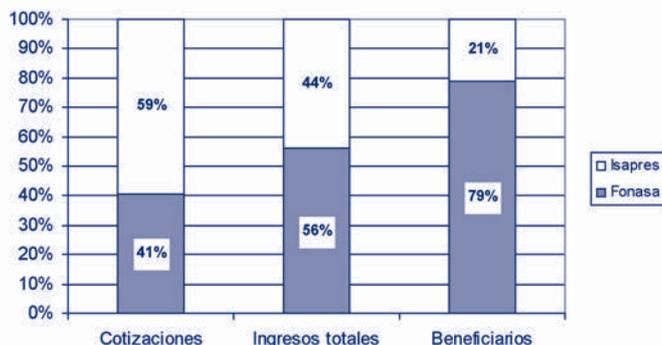


Fuente: Encuesta de Satisfacción y Gasto en Salud 2006.

de ambos sistemas el 56% se asocia al FONASA y el 44% a las ISAPRES.

De lo anterior hay que resaltar la relación existente entre las cotizaciones e ingresos totales y las poblaciones beneficiarias. Se observa que las ISAPRES capturan el 44% de los ingresos totales de ambos sistemas con el cual se atiende potencialmente al 20% de la población beneficiaria, mientras el FONASA con el 56% de los ingresos financia al 80% de la población considerada. La relación anterior se amplifica al considerar las cotizaciones, donde el FONASA captura el 41% mientras las ISAPRES reciben el 59% del total de cotizaciones⁶. Las dos relaciones comentadas están dando cuenta de una alta desigualdad en el financiamiento de la salud de un porcentaje significativo de la población del país⁷.

Gráfico 1.5: Indicadores globales de los sistemas públicos y privado de salud, 2003.



Fuente: Minsal (2006)

2. ¿Cuál es el impacto de la salud en la reducción de la pobreza y el crecimiento económico?

Los ámbitos fundamentales que inducen el desarrollo económico⁸, de acuerdo a la reflexión contemporánea, están asociados a cuatro ámbitos relativamente bien delimitados. Estos son las políticas económicas e instituciones de gestión pública incluyendo la provisión de bienes públicos; el capital humano que considera la educación, desarrollo físico y cognitivo; tecnología, que comprende a los conocimientos científicos de interés para la producción, innovaciones de la economía nacional, la difusión

de la tecnología procedente del exterior; y el capital empresarial que comprende la inversión en capital fijo como plantas, equipos, maquinaria, etc.

La salud afecta al desarrollo económico mediante la influencia que ésta tiene tanto en la formación de capital humano como en el capital empresarial y el capital social⁹. Concretamente, la salud se vincula al crecimiento económico por la vía de la productividad del trabajo, cuyos determinantes asociados a salud los podemos encontrar en variables como la nutrición de los niños, mortalidad infantil y general, discapacidad entre otras variables, cuya dinámica afectará a la productividad del trabajo, afectando por esta vía al crecimiento económico agregado.

Este conjunto de ámbitos no tienen una relación simple con el desarrollo económico ni con la salud, dada la existencia de causalidad bidireccional entre crecimiento y salud. No obstante lo anterior, existe alguna evidencia, en especial a partir de las conclusiones vertidas en el documento de Macroeconomía y Salud de la OMS en el 2001 coordinada por Jeffrey Sachs y, de los trabajos encargados por la OPS en orden a sistematizar los principales resultados de la investigación teórica y empírica respecto de la relación entre salud y crecimiento económico por una parte y salud y pobreza por otra.

Son de especial interés en este punto el trabajo de Barro, R. (1996) y el de Fogel, R. (2002) encargados por OPS y un conjunto de trabajos de investigación de casos, donde se alcanzó a cubrir países como Brasil, Colombia, Ecuador y México¹⁰.

Aun cuando los resultados son diferentes según el país que se considere, hay que destacar que de esta agenda de investigación se desprende claramente la relación positiva entre la inversión en salud y el crecimiento económico, incluso más fuerte que la relación entre educación y crecimiento. Se estudian las relaciones de causalidad bidireccional, concluyéndose una relación de causalidad más fuerte entre salud y crecimiento, que entre crecimiento y salud.

La salud incrementa los ingresos aumentando la productividad, la educación y la participación económica, especialmente la femenina. No obstante lo anterior se observa que en los estratos de ingreso medios y bajos este aumen-

⁶ En Cid, C. et al. (2005) pp. 9, también se da cuenta de esta situación.

⁷ A lo comentado habría que agregar que la población beneficiaria de FONASA esta compuesta por los sectores sociales de mayor riesgo sanitario: indigentes, mujeres en edad fértil y personas de la tercera edad.

⁸ Entendido este a partir del nivel de producto per cápita, crecimiento del mismo y reducción de la pobreza.

⁹ De acuerdo a Ocampo, J. (2003; pp. 26), "Entendemos el capital social como el conjunto de relaciones sociales caracterizadas por actitudes de confianza y comportamientos de cooperación y reciprocidad. Se trata, pues, de un recurso de las personas, los grupos y las colectividades en sus relaciones sociales, con énfasis, a diferencia de otras acepciones del término, en las redes de asociatividad de las personas y los grupos".

¹⁰ En Chile no existen trabajos que exploren el vínculo entre salud y crecimiento económico.

to de ingresos aumenta la fertilidad y por esa vía produce un menor ingreso per cápita.

A manera de síntesis, los principales hallazgos relevantes para la región de acuerdo a OPS serían¹¹:

- La salud aparte de un fin en si mismo, es un medio para alcanzar otras metas del desarrollo económico y social y para la reducción de la pobreza.
- La conexión entre la salud y la pobreza y, la salud y el crecimiento económico de largo plazo es más importante de lo que se creía.
- La salud es un objetivo prioritario por derecho propio, así como un elemento fundamental para el desarrollo económico y la reducción de la pobreza. No sólo los analistas, sino también los gobiernos de los países en desarrollo y la comunidad internacional de donantes han subestimado grandemente la importancia de invertir en salud.
- Unas pocas enfermedades son responsables de gran parte del déficit de salud: VIH/SIDA, paludismo, tuberculosis, infecciones infantiles (muchas de las cuales pueden prevenirse con la vacunación), afecciones maternas y perinatales, enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y carencias de micronutrientes. Existen intervenciones eficaces para prevenir y tratar estos problemas de salud. Con un programa bien orientado, para el final del decenio podrían evitarse anualmente alrededor de 8 millones de defunciones debidas a estos trastornos.
- La pandemia del SIDA es una catástrofe peculiar y sin parangón, tanto en su dimensión humana como en sus consecuencias para el desarrollo, por lo que debe prestársele especial consideración. En el sector de la salud se dispone de intervenciones de probada eficacia para hacer frente a la mayor parte de las causas de morbilidad, incluido el VIH/SIDA.
- Es indispensable que las inversiones destinadas a la lucha contra la morbilidad se acompañen de inversiones en salud reproductiva, como la planificación familiar y el acceso a los anticonceptivos. El control de las enfermedades, unido a una mejor salud reproductiva, probablemente reduzca la fecundidad y propicie mayores inversiones en la salud y la educación de cada hijo, así como un menor crecimiento de la población.

- En los países de bajos ingresos, el nivel de gasto en salud es insuficiente para hacer frente a los desafíos que se plantean en este campo. Se estima que las necesidades mínimas se sitúan entre US\$ 30 y US\$ 40 por persona y año para cubrir las intervenciones esenciales, incluidas las necesarias para luchar contra la pandemia de SIDA, y gran parte de esta suma requiere un financiamiento con cargo a los presupuestos públicos, no con cargo al sector privado. El gasto real en salud es considerablemente inferior.
- La ampliación de la cobertura sanitaria de los pobres requeriría mayores inversiones económicas en intervenciones específicas del sector salud, así como un sistema de provisión de servicios de salud convenientemente estructurado, que pueda llegar hasta los pobres. La máxima prioridad es crear un sistema de provisión de servicios.
- Para luchar eficazmente contra las enfermedades de los pobres se necesitarán, así mismo, importantes inversiones en bienes públicos mundiales, como la recopilación y el análisis de más datos epidemiológicos, la vigilancia de las enfermedades infecciosas, y las actividades de investigación y desarrollo orientadas a dolencias que se concentran en los países pobres (a menudo enfermedades tropicales, aunque no exclusivamente)

3. ¿Qué experiencia se puede utilizar como modelo para la ampliación de la cobertura del seguro médico?

Las transformaciones económicas experimentadas a nivel internacional durante las décadas de los '80 y '90 consistentes en el desmantelamiento del Estado de Bienestar, implementación de políticas neoliberales, minimización del Estado, políticas fiscales restrictivas, entre otras, generaron efectos contradictorios. De un lado, permitieron el crecimiento acelerado de economías como las del sudeste asiático y fomentaron el comercio internacional. De otro lado, profundizaron la exclusión social y la vulnerabilidad de amplios sectores de la población en países pobres y en desarrollo.

Particularmente, el impacto de estas políticas en las relaciones laborales (flexibilidad, precarización, desprotección), la disminución de impuestos y de gasto fiscal, y la privatización de la "Seguridad Social" (pensiones, salud) han llevado a que segmentos importantes de la población no cuenten con cobertura (financiera) para hacer frente a problemas de salud. Por ejemplo, los trabajadores del sector informal, temporeros o los trabajadores por cuenta propia, no se encuentran integrados a sistemas de aseguramiento financiero de la salud (en el caso de Chile su cotización no es obligatoria). No obstante, al momento de

¹¹ Presentación realizada por Rubén Suárez (Asesor Regional en Economía y Financiamiento de la Salud OPS/OMS) en el Taller de la Comisión Andina de Salud y Economía, realizado en Santiago de Chile los días 13 y 14 de febrero del 2006.

enfrentar una enfermedad, dichos costos son asumidos por los hogares (empobrecimiento) y por el sistema público (déficit de recursos).

En este plano la OIT viene impulsando una Campaña global sobre Seguridad Social y Ampliación de la Cobertura para Todos (2003) y ha creado un consorcio con GTZ y OMS (2004) para promover específicamente la protección social en salud en países en desarrollo.

Resulta lógico plantear la necesidad de ampliar la cobertura hacia los segmentos de población que están desprotegidos. No obstante, también es importante advertir que estos problemas son resultado de políticas que no promueven un desarrollo sostenible en el plano social y político.

La propuesta de ampliación de la cobertura toma como base un modelo en particular: Sistema Nacional de Seguro Médico (un National Health Insurance System, NHIS). Este modelo consiste en que el componente principal del financiamiento son las cotizaciones de los trabajadores. Su cobertura es superior al 50% de la población. Este seguro puede gestionar los recursos financieros y también los establecimientos. La participación de seguros privados, establecimientos privados y gasto de bolsillo (de hogares) varía entre países, aunque siempre es menos importante.

El sistema chileno representa una situación particular de este modelo. FONASA es el Seguro Médico con una cobertura de 70% de la población y representa cerca del 45% del gasto nacional en salud. Se financia con cotizaciones y recibe recursos fiscales (provenientes de impuestos generales) en un porcentaje muy importante (46% de sus recursos en el 2003)¹². Entre sus beneficiarios hay cotizantes y cargas, pero también personas carentes de recursos e indigentes. El Seguro Médico concentra la población de alto riesgo, pobre y de ingresos medios. Proporciona una parte significativa de los medicamentos ambulatorios. Para moderar la demanda de atenciones, establece copagos a los que están afectos sus beneficiarios de ingresos medios.

No obstante, el sistema chileno ha sido caracterizado como un sistema dual, por cuanto los trabajadores de mayores ingresos (trabajadores dependientes) y otros perceptores de ingresos altos, pueden optar por afiliarse al sistema ISAPRES¹³. Estas son administradoras privadas con fines de lucro de la Seguridad Social, es decir, se financian con cotizaciones obligatorias de los trabajadores. Su cobertura, en términos de prestaciones, se remite a los términos de contrato (Plan de Salud) y no cubre todos los

eventos. Particularmente en el ámbito ambulatorio sus coberturas son mas bien bajas y no cubre medicamentos. El nivel de cobertura de sus planes se relaciona con el nivel de ingresos y, por tanto, con el aporte que haga el cotizante.¹⁴ Las ganancias de dichas empresas no se encuentran reguladas y una parte importante de sus ingresos por cotizaciones se transforma en excedentes de explotación y utilidades, no pudiendo ser considerado gasto en salud.

Una lección importante del seguro médico chileno (FONASA) es la combinación de financiamiento para no hacer recaer el costo de la pobreza exclusivamente en los trabajadores cotizantes si se quiere dar cobertura a segmentos de la población de menores recursos o sin recursos. La lógica básica es que los trabajadores aportan en función de su ingreso y el Estado aporta recursos fiscales (de impuestos generales) para dar cobertura a personas carentes de recursos e indigentes. Los copagos no son una fuente de financiamiento importante del sistema¹⁵, estableciéndose básicamente como desincentivos a la sobreutilización de servicios o como moderadores de la demanda. Los gastos de bolsillo y pagos directos son inadecuados ya que pueden llevar a los hogares a situaciones de empobrecimiento en caso de enfermedades graves y de alto costo.

También resulta relevante destacar los esfuerzos que está desarrollando el actual gobierno. Una de las Líneas Programáticas en este sentido busca ampliar la cobertura del seguro médico (FONASA) hacia trabajadores independientes y temporeros, que no tienen obligatoriedad de cotizar y que frente a problemas de salud propios o de sus familias recurren al sistema público.

Desde una perspectiva más general, es interesante destacar la voluntad de hacer frente a estas problemáticas desarrollando un Sistema de Protección Social integrado a cargo del MIDEPLAN, con fuerte trabajo intersectorial y un enfoque de derechos.

4. ¿Qué mecanismos de financiamiento permitirían una cobertura sostenible en el tiempo?

El tema central en este punto es la "sostenibilidad" financiera de largo plazo del sistema que es un problema complejo incluso en países desarrollados. La sostenibilidad

¹² Esta situación se ha visto revertida en parte por la incorporación de las Garantías Explícitas en Salud, las cuales aseguran a todo ciudadano el acceso a un conjunto de prestaciones preestablecidas, independiente del sistema al que esté adscrito.

¹⁵ El esquema de financiamiento del seguro público contempla, de esta forma, los impuestos generales y las contribuciones sociales como sus dos grandes fuentes. Los copagos y las ventas de servicios, si bien son fuentes de ingreso deben ser diferenciadas, ya que se establecen por razones distintas al financiamiento (desincentivo a la sobreutilización y compensación a precios de mercado para no beneficiarios del seguro público).

¹² Ver Tabla 1.1 y Gráfico 1.1.

¹³ Nos referimos a las ISAPRES abiertas. Las cerradas, en cambio, son instituciones sin fines de lucro que solo tienen como beneficiarios a trabajadores de una empresa determinada y a sus cargas.

es la capacidad de generar y aportar recursos financieros para satisfacer los gastos en salud. En consecuencia, en términos económicos se determina simultáneamente en función de 2 variables claves: el binomio ingreso - gasto y las necesidades sanitarias de la población.

Es bien conocido que el gasto en salud crece fuertemente tanto por la transición demográfica y epidemiológica, como por la interacción entre el cambio tecnológico y los seguros privados. En este sentido, diversas políticas apuntan a contener los costos y por esa vía reducir el incremento del gasto. Más recientemente, con el objetivo de dar racionalidad al sistema y dotar a la población de derechos garantizados, se han seleccionado canastas de servicios para los cuales se prioriza el gasto. Un ejemplo de ello son las Garantías Explícitas en Salud (GES) en el caso de Chile.

La otra parte del problema es cómo hacer para asegurar que el financiamiento soporte la expansión proyectada del gasto. Diversas experiencias recomiendan que los aportes de las personas (cotizaciones) se fijen en función de su capacidad de pago y no en función de gasto esperado o del consumo realizado. Así también, la función de los agentes de aseguramiento debe ser evitar el riesgo moral y la selección de riesgos.

En general se proponen tres criterios que se debieran cumplir en el financiamiento: sostenibilidad financiera, equidad y eficacia. A la luz de estos antecedentes se revisan los modelos de financiamiento tradicionales: Sistema Nacional de Salud (impuestos generales), Seguro Médico Social o Fondo de la Seguridad Social (cotizaciones), sistemas de afiliación voluntaria, seguro médico voluntario.

El problema clave de la sostenibilidad está determinado por la capacidad de generar ingresos de los agentes económicos. En países pobres, este es justamente el problema por tanto, se requiere de ayuda internacional directa para financiar su sostenibilidad o directamente el gasto. En países de ingreso medio el principal problema es la inestabilidad del crecimiento y la precariedad del mercado laboral. En consecuencia, el apoyo internacional debiera orientarse a fortalecer la capacidad productiva, la inserción internacional justa y el mejoramiento de las relaciones laborales formales.

5. ¿Cómo integrar la protección en salud en iniciativas de reforma de los sistemas sanitarios?

Uno de los problemas que enfrentan los sistemas de salud que se guían por el principio de universalidad es que están limitados por los respectivos presupuestos de salud, por lo que la universalidad, en concreto, es bastante relativa en términos del acceso que efectivamente tienen los ciudadanos a la satisfacción de sus necesida-

des de salud. Una forma de avanzar en una efectiva universalidad es la de garantizar el acceso a determinadas prestaciones con determinados estándares de calidad y tiempo en ser atendidos.

El derecho a la salud en Chile hoy es reconocido y asegurado con una alta cobertura, cercana al 90% de la población, y con garantías explícitas de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad para enfermedades y condiciones prioritarias, en que aproximadamente 70% de la población esta protegida por el sistema público de salud¹⁶. El 20% restante se encuentra afiliado a las ISAPRE, en sistemas de las FFAA y de Orden, y cerca de un 10% declara no poseer seguro de salud, siendo considerado particular¹⁷.

La protección universal y equitativa de la salud en Chile es el objetivo de las políticas y programas de salud pública y de las garantías en atención de salud, pero también contribuyen acciones intersectoriales sobre las condiciones de vida o los determinantes sociales subyacentes, las causas de las causas de la mala salud. De manera que el conjunto de políticas sociales, y no solamente las políticas de salud, se interrelacionan para generar las condiciones de vida y trabajo necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud. Esta mirada reconoce que la salud es un complejo fenómeno social ligado a la agenda más amplia de justicia social, consistente con el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

Estas políticas sociales, incluyendo las políticas de salud pública y atención de salud, se articulan en el sistema de protección social, centrado en el reconocimiento de derechos sociales, cuyo propósito es la promoción y el desarrollo social, capaz de abrir oportunidades, limitar riesgos y brindar protección para todo(a)s los(as) ciudadano(a)s, en particular para quienes no tienen las posibilidades de protegerse por sus medios propios¹⁸.

Un segundo aspecto problemático es el cómo los sistemas públicos financian los derechos y las garantías en salud. En este punto es fundamental enfrentar el problema de la precariedad de los mercado de trabajo, cuya incertidumbre y carencia de derechos laborales mínimos, fundados

¹⁶ Ver Tabla 1.1.

¹⁷ Dado que los indigentes y carentes de recursos son por definición beneficiarios del seguro público, este 10% (aprox.) de particulares se asume que son personas con recursos que optan por atenderse en forma privada. Este fenómeno se expresa en parte en la tabla 1.2., donde se aprecia que a medida que aumenta el ingreso mayor es la proporción de hogares que se clasifican en la categoría ninguno o particular.

¹⁸ Detalles en torno a los programas sociales intersectoriales con distintos públicos objetivos se pueden consultar en: Guía de Derechos Sociales 2007 publicada por Mideplan.



muchas veces en la precariedad de la economía misma, expresada en altos grados de informalidad, hacen que sea muy dificultoso que los ciudadanos aporten parte de sus ingresos a los seguros públicos.

Muchas veces se plantea que los organismos financieros internacionales han operado con una falsa dicotomía entre financiamientos “verticales” y “horizontales”.¹⁹ En unos países han promovido la selección de algunas enfermedades como poliomielitis, VIH/SIDA, tuberculosis y malaria y han destinado recursos a su erradicación (financiamiento vertical). En cambio en otros han orientado los recursos al fortalecimiento de los RRHH, la infraestructura y los sistemas de servicios (financiamiento horizontal). La crítica apunta a la falta de complementación y a la incapacidad de resolver los problemas sanitarios específicos sin contar con sistemas sanitarios fortalecidos. Ambos aspectos deben ser considerados en los procesos de reforma sanitaria en curso.

6. Referencias bibliográficas

- Atria, R.; Siles, M.; Arriagada, I.; Robison, L. y Whiteford, S. comp. (2003): *Capital social y reducción de la pobreza: en busca de un nuevo paradigma*. Equipo de trabajo CEPAL - Universidad del Estado de Michigan (MSU), Libros de la CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas LC/G.2194-P.
- Barro, R. (1996): *Health and Economic Growth*. Program on Public Policy and Health Health and Human Development Division, Pan American Health Organization, Washington, DC November 1996
- Cid, C.; Muñoz, A.; Riesco, X.; Salazar, E.; Tegtmeir, R. e Inostroza, M. (2005): *Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Determinación de Línea Basal de Equidad en el Financiamiento y Protección Financiera*. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo.
- David Mayer, D.; Mora, H.; Cermeño, R. y Duryeau, S. (1997): *Salud, crecimiento y distribución en Latinoamérica y el Caribe: Un estudio de determinantes y comportamiento regional y local*. Reporte de investigación presentado por CIDE-FEDESARROLLO-FUNSALUD a la Organización Panamericana de la Salud.
- Fogel, R. (2002): *Nutrition, Physiological Capital, and Economic Growth*. A lecture prepared for presentation at the Senior Policy Seminar on Health, Human Capital and Economic Growth: Theory, Evidence and Policies of the Pan American Health Organization (PAHO) and Inter-American Development Bank (IADB)
- *Guía de Derechos Sociales 2007*. Ver en www.mideplan.cl
- Minsal (2006): *Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010. Evaluación a mitad de período. Evaluación Objetivo IV: Proveer Servicios Acordes a las Expectativas de la Población*. Ministerio de Salud de Chile, Noviembre 2006.
- Ocampo, J. (2003): “Capital social y agenda del desarrollo”. En, Atria, R. et al (2003).

¹⁹ Paper Conceptual de convocatoria a la Conferencia Internacional “Protección en Salud en países en desarrollo: rompiendo el círculo vicioso enfermedad-pobreza”



Estimación del potencial impacto económico sanitario de la pandemia de influenza aviar en Chile¹

Carla Castillo L.², carlacastillo@minsal.cl - Ciro Ibáñez G.³, cibanez@minsal.cl

1. Introducción

La influenza es una enfermedad respiratoria aguda de origen viral. De los tres tipos de influenza que existen (A, B, C) el único con potencial de producir una pandemia es la cepa A. La capacidad de generar variaciones antigénicas y la alta transmisibilidad por vía respiratoria, lleva a la influenza a tener un elevado potencial pandémico.

La gripe aviar, de la cual tanto se ha leído y escuchado desde fines del siglo pasado, forma parte de la cepa A, es una enfermedad viral que normalmente afecta a las aves, aunque también puede infectar en menor medida a los cerdos. En general, el virus aviar no infecta a los humanos, sin embargo en 1997 se documentó en Hong Kong el primer caso de infección directa de influenza A(H5N1), el mismo subtipo que recientemente ha afectado varios países, principalmente del este de Asia. Según el informe de la OMS del 13 de noviembre de 2007, se han acumulado un total de 258 casos humanos de influenza A(H5N1), 153 de ellos fatales, lo que implica un 59% de letalidad, distribuidos en 10 países⁴.

El primer paso hacia la pandemia es la aparición de un nuevo subtipo de influenza A, además, es necesario que el virus sea capaz de transmitirse fácilmente de persona a persona y que produzca enfermedad en el ser humano. Como el virus es totalmente nuevo, las personas no disponen de inmunidad, por lo tanto toda la población estaría en riesgo de contraer la enfermedad al mismo tiempo.

En este momento nos encontramos en la Fase 3 del período de Alerta Pandémica, la cual se caracteriza por la aparición de un nuevo subtipo viral, con uno o varios casos de infección humana, pero sin propagación persona-persona o propagación poco eficiente.

Chile cuenta con un "Plan Nacional de Enfrentamiento de una Pandemia de Influenza", cuyo objetivo es **"reducir el impacto de una Pandemia en términos de mortalidad, morbilidad, desorden social e impacto económico"**. En el marco de este plan, es por lo tanto necesario conocer los potenciales impactos económicos de una posible pandemia.

2. Modelación y metodología⁵

El concepto general de la estrategia de modelamiento es el "árbol de decisión" que se observa en la Figura 1, donde se observan tres niveles de análisis: tramo de edad; resultado sanitario y costos asociados. Se parte con la determinación de un parámetro que mida, en términos de población general, la magnitud del problema a modelar y que denominaremos Tasa de Ataque, que estará expresada como porcentaje y dará por resultado a la cantidad de personas que sería afectada por la pandemia.

Una primera apertura del "árbol" busca determinar qué tramos de edad se verán afectados y qué cantidad de personas pertenecen a cada uno de ellos.

Una segunda apertura, es traducir la cantidad de personas pertenecientes a cada tramo de edad en los resultados sanitarios. Es decir, se requiere determinar en términos absolutos y relativos la magnitud de cada resultado sanitario.

Una tercera apertura, consiste en asociar a cada resultado sanitario unos determinados costos, de manera de valorizar dichos impactos. En esta etapa es posible generar información que de cuenta de las demandas de recursos que cada resultado sanitario da lugar. Esto tiene relación, por ejemplo, con responder preguntas del siguiente tipo: dada una tasa de ataque, en cuánto aumentaría la demanda de días cama, en cuánto aumentarían las horas médico, o cuántos días de trabajo se perderían.

Por otra parte, a partir de la información anterior es posible valorar cada una de estas demandas, lo que implicará asignar un precio o costo a las mismas de manera de enfrentar la pandemia.

¹ Este artículo corresponde a un resumen de una investigación realizada en el marco del Plan Nacional de Enfrentamiento de la Pandemia de Influenza Aviar que lleva a cabo la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud de Chile. El estudio completo se puede consultar en www.minsal.cl/desal

² Economista, Departamento de Economía de la Salud de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública.

³ Economista, Departamento de Economía de la Salud de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública.

⁴ Azerbaijan, Cambodia, China, Djibouti, Egipto, Indonesia, Irak, Tailandia, Turquía y Vietnam.

⁵ Corresponde a una adaptación de la metodología propuesta en Meltzer, M. et al (1999).

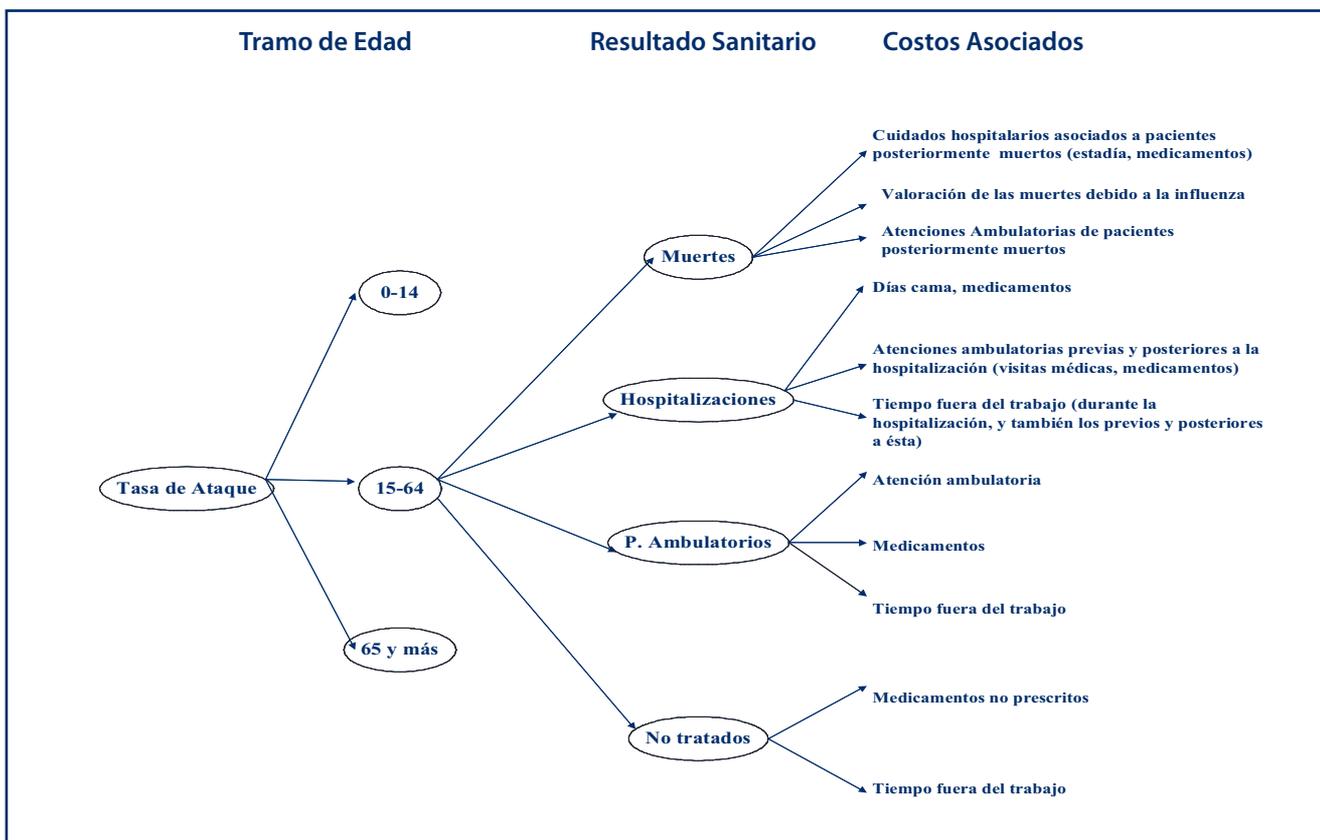
Ahora bien, el paso de un nivel de análisis a otro, por ejemplo, desde la tasa de ataque a los tramos de edad, implicarán determinar un vector de parámetros que especifique una determinada distribución de la población en cada tramo de edad.

Un segundo aspecto es el especificar una matriz de tasas que permitan asignar el atributo de un resultado sanitario a la cantidad de personas asignadas a cada tramo de edad y que han sido afectadas por la pandemia. En la práctica esto significa tener una tasa de mortalidad por caso, tasa de hospitalización y tasa de consulta ambulatoria, los casos sin atención se estiman por residuo.

Finalmente, se requiere un vector de precios/costos que permitan traducir los resultados sanitarios a costos económicos.



Figura 1: Esquema de análisis del impacto económico



3. Principales resultados

A pesar de la gran incertidumbre en torno a los resultados de una posible pandemia, este trabajo realiza una aproximación, a partir del planteamiento de distintos escenarios a las magnitudes de este eventual problema y por lo tanto servir como insumo a decisiones de política pública que de éste pudieran desprenderse.

En este trabajo se evalúan dos tipos de impacto. Por una parte se entregan magnitudes respecto de la demanda de recursos sanitarios: días camas, consultas médicas, medicamentos, disminución de días de trabajo. En una segunda etapa los impactos mencionados se valoran y de esa manera se entrega una magnitud del valor económico que la eventual pandemia podría tener para Chile.



Respecto de los impactos es necesario precisar, particularmente para efectos de interpretación de los resultados, que estos tienen distinto carácter, afectan a distintos agentes y en distintos momentos del tiempo. Así, en el caso de los resultados de muerte, el valor del impacto está fundamentalmente explicado por el aporte que en promedio, estas personas podrían haber realizado a la sociedad pero que producto de la pandemia no podrán realizar. Este costo social se produce en un horizonte de tiempo posterior a ocurrido el evento de muerte.

En el caso del costo asociado al resultado de enfermos sin atención, éste es asumido íntegramente por los agentes privados. Por el contrario, los costos asociados a los resultados ambulatorios y hospitalizaciones, el costo es asumido en forma significativa por el Estado a través del funcionamiento de la infraestructura pública de salud.

Desde la perspectiva de las magnitudes globales, se aprecia que al evaluar escenarios con tasas de ataque entre 20% y 40%, el costo social total varía entre los US\$ 1.274 y los US\$ 2.548 millones, lo que equivale a un 1,05% y 2,10% del PIB del año 2005 respectivamente.

Del total de costos estimados para el escenario base, aproximadamente un 10,3% deberían ser cubiertos por el Estado por concepto de atenciones ambulatorias y hospitalizaciones, es decir, \$104.374 millones.

Un aspecto de vital importancia es el evaluar la capacidad de la infraestructura hospitalaria para enfrentar esta emergencia⁶. De los cálculos realizados, se puede concluir, en un primer análisis, que con tasas de ataque menores

de 20%, no habrían mayores problemas, en términos de requerimientos de días camas, para enfrentar la pandemia durante cualquier mes del año.

Con tasas de ataque igual o superiores a 30% se observan problemas de cobertura de camas, independiente del mes del año en que se enfrente la pandemia.

Una debilidad del análisis realizado hasta ahora es que no se incorpora la dotación y usos de camas diferenciando si se trata de camas UCI, UTI e Integral.

La magnitud e importancia relativa del resultado ambulatorio y de afectados sin atención, nos llevan a concluir respecto de la pertinencia del desarrollo de líneas de trabajo comunicacional que tengan por objetivo minimizar conductas de pánico que en escenarios de emergencia bien pueden hacer colapsar o colocar en problemas a la red asistencial, particularmente en la atención primaria.

Medidas en la dirección anterior deberían minimizar también la pérdida de días de trabajo asociados a estos resultados sanitarios.

La modelación presentada anteriormente en este trabajo, se encuentra replicada en planillas de cálculo, lo que permite analizar sensibilizaciones en cualquier parámetro antes descrito. Lo anterior indica, que más allá del presente informe, la modelación presentada representa una herramienta de utilidad para los distintos actores que se encuentran relacionados con la preparación del Plan de Pandemia Nacional.

⁶ Sólo se evalúa la infraestructura en función del número de días camas de holgura versus los eventualmente demandados. Esta parte del análisis falta completarla con la incorporación de la dotación de recursos humanos necesaria para el funcionamiento "óptimo" del sistema.

4. Bibliografía

- Azqueta, D. (1994): *Valoración Económica de la Calidad Ambiental*. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A. 1994.
- Azqueta, D. (2002): *Introducción a la Economía Ambiental*. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.
- Bloom, E.; De Wit, V. y Carangal – San Jose, M. (2005): "Potential Economic Impact of an Avian Flu Pandemic on Asia" ABD. ERD Policy Brief N° 42. Noviembre 2005.
- Bowland, B. and Beghin, J. (1998): "Robust Estimates of Value of a Statistical Life for Developing Economies. An Application to Pollution and Mortality in Santiago".
- Brahmabhatt, M. (2005): "Avian Influenza: Economic and Social Impacts", World Bank Lead Economist for East Asia and the Pacific. Washington, DC, September 23, 2005.
- Cerda, R. y Torche, A. (2005): "El valor económico de reducir tasas de mortalidad: El caso de Chile". Documento de Trabajo N° 281, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Conte, M.; Perel, P.; Pitarque, R. y Sanchez, G. (2003): "Estimación del costo económico en Argentina de la mortalidad atribuible al tabaco en adultos". Mimeo, Universidad del CEMA.
- Conte, M. y Rizzi, L. (2005): "Value of a Statistical Life in Argentina: An Experiment of declared Preferences in the Choice of Road". Proyecto de Investigación en Ciencia y Tecnología (PICT 02-10796) financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de Argentina. 2005.
- Falconi, C. (2006): "Potencial Economic Impacts of Avian Influenza in LAC". Interamerican Development Bank, August 2006. <http://www.iadb.org/publications/>.
- Health Protection Agency (2005): *Influenza Pandemic Contingency Plan*. Octubre 2005. http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/influenza/pandemic/pdfs/HPAPandemicplan.pdf
- Laval, E. (2003): "Chile 1918: Las dos epidemias". *Revista Chilena Infectología*. Edición aniversario.
- Max, W.; Sung, H.; Rice, D. y Michel, M. (2000): "Valuing Human Life : Estimating the Present Value of Lifetime Earnings". Paper PVLE2000, Center for Tobacco Control Research and Education. Economic Studies and Related Methods, University of California, San Francisco. <http://repositories.cdlib.org/ctcre/esarm/PVLE2000>.
- Meltzer, M.; Cox, N. y Fukuda, K. (1999): "Modeling the Economic Impact of Pandemic Influenza in the United States: Implications for Setting Priorities for Intervention". Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA. 1999.
- Ministerio de Salud (2005): "Capacidad de Respuesta de la Red Asistencial en Pandemia", Presentación División de Gestión de la Red Asistencial.
- Ministerio de Salud (2005a): "Plan de Preparación para una Pandemia de Influenza, Chile 2005", Documento Preliminar, Informe Final, Santiago de Chile. Septiembre 2005.
- Ministerio de Salud (2005b): "Verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas". Estudio encargado por el Ministerio de Salud de Chile a Bitrán & Asociados.
- Ministerio de Salud (s/fecha): "Centros Comunitarios de Salud Familiar". Unidad de Inversiones, Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- http://www.minsal.cl/ici/inversiones/centros_comunitarios_de_salud_familiar.pdf.
- Mishan, E. (1978): "El Valor de la Vida". En, *Análisis Costo Beneficio*. Selección de Richard Layard, Fondo de Cultura Económica, Primera edición en español.
- Mújica, O. (2006): "Valoración del Impacto de la Pandemia". Presentación realizada en el Taller sobre preparación de los servicios de salud para una pandemia en Bogotá, Abril 19 – 21, 2006.
- Oliva, J. (1999): "La valoración de costes indirectos en economía de la salud". Documento de Trabajo N°9917-1999. Universidad Complutense de Madrid – España.



- *Pearce, D. (2000): "Valuing risks to life and health Towards Consistent Transfer Estimates in the European Union and Accession States". Paper prepared for the European Commission (DGXI) Workshop on Valuing Mortality and Valuing Morbidity, November 13, 2000, Brussels Revised, December 2000.*
- *Pinto, J. (2000): "El valor de la salud: Un enfoque basado en el análisis coste beneficio". Documento de Trabajo Nº 14, Fundación Salud, Innovación y Sociedad, España.*
- *Puig, J. (2000): "Una revisión del método de la valoración contingente en salud. Aspectos metodológicos, problemas prácticos y aplicaciones en España". Hacienda Pública Española Nº 154 – 3. 2000.*
- *Riera, A.; Ripoll, A. y Mateu, J. (2005): "Estimación del valor estadístico de la vida en España: Una aplicación del modelo de salarios hedónicos". Centre de Recerca Económica, Palma de Mallorca, España. 2005.*
- *Tan-Torres, T.; Baltusen, R.; Adam, T.; Hutubessy, R.; Acharya, A.; Evans, D. and Murray, C. (2003): Making Choices in Health: WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis. World Health Organization.*
- *U.S. Department of Health and Human Services (2005): "HHS Pandemic Influenza", November 2005.*
- *Valenzuela, G.; Horwitz, A.; Ristori, C.; Boccardo, H.; Borgoño, J. y Bertin, V. (1958): "Aspectos epidemiológicos y medidas de control de la epidemia de influenza en la ciudad de Santiago de Chile". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.*

- *Vasquez, A. (2006): "El valor de la vida estadística y sus aplicaciones a la fiscalización de la industria de hidrocarburos". Documento de Trabajo Nº 18. Oficina de Estudios Económicos, Organismo Supervisor de la Inversión en Energía, Perú.*



Participación del DESAL en el Grupo de Trabajo Intersectorial del Adulto Mayor, GTIAM

Fabiola Rosso¹ - frosso@minsal.cl

En noviembre del año 2006 se constituyó a iniciativa del Fonasa el Grupo de Trabajo Intersectorial del Adulto Mayor, GTIAM, con el objetivo de analizar en profundidad la situación del adulto mayor en Chile a fin de contribuir a la promulgación de una Ley que facilite y centralice las políticas públicas orientadas a este segmento etareo de nuestra población. En el GTIAM ha participado el DESAL a través de dos de sus profesionales, **Ciro Ibáñez** y quien escribe esta nota, quienes se han integrado a las mesas temáticas relativas a Diagnóstico Socioeconómico del Adulto Mayor y a la Oferta y Demanda de Servicios Sociales y/o Socio Sanitarios para los Adultos Mayores en Chile. A continuación se presentan, brevemente, las principales conclusiones de ambos aportes.

Respecto del Diagnóstico Socioeconómico del Adulto Mayor, el trabajo realizado por el DESAL se concentró en el análisis del módulo de salud de la Encuesta CASEN 2003, del cual las principales conclusiones son:

- Los establecimientos del sector público son la alternativa para la mayoría de los AM ante problemas de salud, enfermedad o accidente, y estos pertenecen a los cuatro quintiles de menores ingresos.
- Existen prestaciones de salud en que las necesidades del AM son atendidas de forma importante por el sector privado y donde se efectúa el mayor gasto de bolsillo como son las consultas de especialidad y las dentales.
- Lo anterior expresa la existencia de carencias en la oferta pública de prestaciones, las cuales reproducen patrones de inequidad en el acceso a las mismas, tal es el caso de las atenciones dentales, consultas de especialidad y rayos X o ecografías.

En relación a la Oferta y Demanda de Servicios Sociales y/o Sanitarios para los Adultos Mayores, las principales conclusiones se resumen en:

- Las políticas públicas han tendido a focalizar su acción en el desarrollo de programas para personas mayores



autovalentes, capaces de organizarse y de demandar servicios. Sin embargo, no ha implementado servicios para aquellos mayores que presentan dependencia, dejando a la voluntad de los privados –familia y tercer sector- el enfrentar esta realidad.

- Las necesidades de cuidados de las personas mayores que presentan dependencia física y/o psíquica debe ser abordado en forma conjunta por las familias, sus comunidades y el Estado. La complejidad de los problemas asociados al envejecimiento poblacional debe ser una (pre) ocupación de Estado, donde la nación garantice los derechos de una adecuada calidad de vida a todos sus ciudadanos independientemente de la edad de ellos.
- Se deben articular las acciones públicas y privadas que se realizan en forma aislada, de manera de complementarse y mejorar su cobertura y accesibilidad.
- Se requiere de un verdadero instrumento de medición que tome en cuenta las particularidades de la situación de los AM en Chile.

¹ Ingeniero Comercial, Departamento de Economía de la Salud de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública, participó del Comité Ejecutivo del GTIAM.





En la fotografía el profesor Philip Musgrove.

Taller de formación en costo efectividad organizado por el DESAL

Los días 12 y 13 de Abril se desarrolló en el Hotel Galerías de Santiago el Taller de Formación en Costo Efectividad, donde impartió cátedra el destacado profesor norteamericano Philip Musgrove. En esta actividad participaron profesionales de Fonasa, Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud. Contó con financiamiento del Presupuesto Bial por Programas, BPB, de la OPS

Reunión de la Comisión Integubernamental de Salud y Desarrollo de MERCOSUR

Los días 25 y 26 de Abril se realizó en Asunción, la Reunión Preparatoria de esta Comisión de la XXII Reunión de Ministros de Salud del Mercosur y Estados Asociados. Esta Comisión tiene por objetivo promover el desarrollo de investigaciones que favorezcan la elaboración de estrategias regionales que incorporen las dimensiones sociales y de salud en la agenda de integración de los países señalados. De Chile asistieron Sylvia Galleguillos, Jefe del DESAL, y David Debrott, a cargo del Proyecto Cuentas de Salud de dicha Comisión, del cual nuestro país es responsable.

Primer Estudio de Gasto en Salud

El día 19 de abril del 2007 se realizó en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile la ceremonia de presentación del Primer Estudio de Gasto en Salud, patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud y realizado por el Departamento de Economía de la Salud con colaboración del Departamento de Epidemiología, ambos de la División de Planificación Sanitaria dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud.

La presentación la realizó David Debrott, Jefe de la Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial del DESAL, la cual fue comentada por el Dr. Oscar Arteaga y por el Dr. Giorgio Solimano.



En la fotografía en primer plano el Dr. Giorgio Solimano, al fondo Dra. Lidia Amarales O., ex-Subsecretaria de Salud Pública, Dra. María Soledad Barría, Ministra de Salud, Dra. Cecilia Sepúlveda, Decano de Facultad de Medicina de la U. de Chile y el Dr. Jacques Girard, OPS.



En la fotografía arriba: Tomas Pippo (Argentina), Elias Jorge (Brasil), David Debrott (Chile) y abajo: Sylvia Galleguillos (Chile), Ricardo Vidal de Abreu (Brasil) y Nilda Recalde (Paraguay).

Participación en XXVII Jornadas de Economía de la Salud

Entre los días 6 y 8 de junio se realizó en A Coruña, España las XXVII Jornadas de Economía de la Salud, organizadas por la Asociación de Economía de la Salud de España. En este evento expuso **Ciro Ibáñez** el trabajo "Un modelo de asignación espacial de recursos en el ámbito de la salud pública: Cálculo y simulaciones para Chile 2005". Además, se presentaron en la modalidad Posters los trabajos "Gasto de bolsillo en Chile 2005: Estructura, participación relativa y tendencias" de **David Debrott** y, "Estimación de modelos de utilización para la capitación ajustada por necesidades" de **Ciro Ibáñez**. Ambos profesionales forman parte del Departamento de Economía de la Salud de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública.



En la fotografía de izquierda a derecha: Salvador Marconi (CEPAL), David Debrott (MINSAL-DESAL), Ministra de Salud María Soledad Barria I., Manuel Sotello (OPS) y Ximena Aguilera (MINSAL-DIPLAS).

Primera Consulta Técnica Subregional sobre Armonización de Estadísticas de Financiamiento y Gasto Público en Salud

Entre los días 27 y 28 de Junio 2007 se realizó la Primera Consulta Técnica Subregional sobre Armonización de Estadísticas de Financiamiento y Gasto Público en Salud. El día 29 de Junio 2007 se realizó el Taller Subregional de Capacitación en Elaboración de Estadísticas Económicas del Sector.

Ambas actividades fueron organizadas por la Unidad de Cuentas de Salud del Departamento de Economía de la Salud, en el Marco del Proyecto "Programa de Trabajo en Cuentas de Salud de la Comisión Intergubernamental "Salud y Desarrollo" (CISD) del MERCOSUR que coordina la Unidad de Cuentas de Salud del DESAL. La actividad contó con el apoyo de OPS y CEPAL.



Participación en el Segundo Taller de Cuentas Satélites de Salud en la Región de las Américas:

Avances y Uso de Indicadores en el Diseño y Evaluación de Políticas Públicas de Salud

La actividad se realizó los días 12 y 13 de julio de 2007, en Santo Domingo, República Dominicana, y fue organizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y el Banco Central de República Dominicana. En esta oportunidad contó con la participación de delegaciones oficiales de Costa Rica, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, México y Brasil, además de especialistas internacionales en Cuentas Nacionales y en Cuentas Satélites de Salud.

En el caso de Chile, la delegación estuvo integrada por David Debrott y Alain Palacios de la Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial del Ministerio de Salud, Rafael Urriola de FONASA y Mariela Alvarado del Banco Central de Chile.

Los materiales y presentaciones de esta actividad pronto estarán disponibles a través del Sitio WEB de la Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial en <http://www.minsal.cl/ucsas>

Economía y Salud

Ministerio de Salud

Mac Iver 541, Santiago - Chile

Departamento de Economía de la Salud de la División de Planificación Sanitaria
Subsecretaría de Salud Pública

Jefa División Planificación Sanitaria

Dra. Ximena Aguilera Sanhueza

Jefa Departamento de Economía de la Salud

Economista Sylvia Galleguillos Burgos

Editor Responsable

Economista Ciro Ibáñez Gericke

Comité Editorial

Dra. Ximena Aguilera S.

Economista Sylvia Galleguillos B.

Economista David Debrott S.

Economista Carla Castillo L.

Ing. Comercial Fabiola Rosso

Taller en Carga de Enfermedad

El día 14 de Noviembre el DESAL invitó a la charla "Estudio de Carga Enfermedad: Experiencia Internacional, Importancia y su Aplicación", dictada por el Dr. Rafael Lozano de México, quien ha trabajado en diversos estudios de Carga Enfermedad desde 1990 a la fecha, y fue investigador titular del estudio de la Carga Mundial de Enfermedad del año 2000 de OMS.

A esta concurrida actividad asistieron profesionales del Nivel Central del Ministerio, así como de las Seremis y Servicios de Salud, del Fonasa, de la Dirección de Presupuesto y de diversas Universidades del país.

Los días subsiguientes, 15 y 16 de Noviembre, el Dr. Lozano realizó una consultoría para asesorar en la revisión de resultados del Estudio de Carga de Enfermedad, que la DIPLAS contrató al Depto de Salud Pública, Escuela



Dr. Rafael Lozano dirigiéndose a la audiencia.

de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, efectuando importantes aportes metodológicos en su revisión.

Esta actividad se efectuó con fondos de un BPB-OPS 2006-2007, otorgados al Departamento de Economía de la Salud.

