



Economía y Salud

En esta edición

Financiamiento de la atención primaria de salud: Fuentes y flujos de recursos en el periodo 2000-2004.

A propósito de la revisión del modelo Per Cápita de la Atención Primaria municipalizada: Siete criterios generales a tener presente.

Determinantes sociales del estado de salud autopercibido del adulto mayor en Chile.

Noticias del año 2008.



Editorial

www.minsal.cl/desal

Nos complace presentarles nuestro segundo número del Boletín Economía y Salud. En el próximo mes de octubre la OMS se apronta a celebrar los 30 años de la Declaración de Alma Ata. En este contexto, países como Argentina, China, Tailandia, entre otros, han sido sede de reuniones regionales donde se ha discutido el rol de la Atención Primaria de Salud (APS). Un objetivo ha sido compartir ampliamente la evidencia internacional, que sugiere que los sistemas de salud basados en una fuerte orientación hacia la APS tienen resultados en salud mejores y más equitativos, a la vez que son más eficientes, tienen costos menores en salud y pueden lograr niveles de satisfacción más altos en sus usuarios.¹

En esta oportunidad, hemos querido aportar a la discusión prevaleciente en nuestro país, a través de dos artículos en este tema. El primero, entrega una descripción de los flujos de recursos allegados a la APS en Chile entre los años 2000 y 2004, intentando confirmar una hipótesis inicial que apuntaba a que los recursos habían aumentado en ese período. Esto no resultaba evidente, debido a que los flujos había que recopilarlos a partir de diversas fuentes de información, con distintos grados de agregación, sistematización y confiabilidad. Este esclarecimiento, que, a nuestro juicio, constituye el mayor logro del artículo, permite también acercarse al conocimiento de este nivel de atención, su evolución, estructura y componentes.

Un segundo artículo trata sobre el principal mecanismo de pago vigente en la APS desde 1994, el sistema Per Cápita, asociado desde su creación, al establecimiento del Plan de Salud Familiar. Con su implementación, la APS experimentó un cambio radical en su modelo de atención y financiamiento. A catorce años de su creación, parece de sumo apropiado el proceso que están llevando a cabo las autoridades de nuestro sector, consistente en revisarlo, dentro de una evaluación completa de los mecanismos de pago vigentes en los distintos niveles de atención. Es así como este artículo nos ofrece algunos criterios orientadores de la revisión del Per Cápita, para asegurar su coherencia con las propuestas sobre financiamiento global del sistema sanitario público, actualmente en discusión.

Finalmente, en el año 2005, nuestro país fue la sede del lanzamiento de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS por parte del ex presidente Ricardo Lagos y el Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. Lee Jong-wook (QEPD). Esta iniciativa, con el mandato de promover la adopción de medidas relativas a las causas sociales que subyacen a la mala salud, ha significado una reorientación de las metodologías de diagnóstico y de la implementación de políticas de salud con énfasis en la equidad. El foco, desde esta perspectiva, consiste en las condiciones en que viven y trabajan las personas, como determinantes de sus resultados en salud. De allí la necesidad imprescindible de un abordaje intersectorial en que nuestro sector salud debe participar con otros sectores. En esta línea se entrega en este Boletín un tercer artículo que, con este modelo, analiza los determinantes del estado de salud autopercibido de los adultos mayores de nuestro país.

Finalmente, reiteramos la invitación a nuestros lectores a comentar este Boletín, con el objeto de mantener un diálogo fluido acerca de los temas en que, creemos, la economía genera un valor agregado al estudio del sector salud.

¹ Mirta Rosés-Periago, Directora OPS, en conferencia Anual del Global Health Council, cuyo tema fue: Atención Primaria de Salud: Una Nueva Visión para la Cuarta Década, Washington, D.C. 30 mayo 2008.



Boletín Semestral
Volumen 1

Nº 2 Santiago - Agosto de 2008
ISSN 0718-5294



Financiamiento de la atención primaria de salud. Fuentes y flujos de recursos en el período 2000-2004

Sylvia Galleguillos¹ / sgalleguillos@minsal.cl
Andrea Flores²
Fabiola Rosso³ / frosso@minsal.cl

1. Introducción

El presente estudio tuvo por objetivo identificar los recursos financieros allegados a la Atención Primaria de Salud (APS) en el período 2000-2004. Esta serie no se pudo extender más atrás en el tiempo, debido a los diferentes formatos presupuestarios que hacían dudoso el poder obtener una serie consistente. Tampoco fue posible actualizarla, debido a que la incorporación de la APS al Régimen de Garantías Explícitas que dispone la Ley N° 19.966 a contar del 2005 implicó en la práctica una modificación que conllevaba dificultades con la consistencia de las cifras en el período.

Los recursos identificados en este estudio corresponden tanto a la atención primaria municipal como a la no municipal. Por APS municipal se entiende la atención provista por todos los establecimientos dependientes de municipios, ya sea administrados directamente por la municipalidad o por corporaciones de derecho privado. Por APS no municipal se entiende todos los consultorios adosados, los consultorios dependientes de servicios y los hospitales tipo 4 que en la práctica realizan atención primaria.

La hipótesis inicial apuntaba indiscutiblemente a que los recursos habían aumentado; sin embargo, por la complejidad de los flujos que participan en este sector de atención, los componentes de este aumento no resultaban evidentes a primera vista. De este modo, nos interesó identificar de qué fuentes provenían estos recursos, qué montos estaban involucrados y en qué componentes se había concentrado este aumento. Para ello fue necesario recurrir a diferentes fuentes de información, las que tenían diversos grados de confiabilidad y explicitación. De allí que la agregación

pudiese estar sujeta a algún grado de sobre o subdimensión, lo que tratamos de minimizar siendo muy rigurosos con la compleja información que teníamos a nuestro alcance.

La hipótesis que se confirmó es que la disponibilidad de recursos financieros en la APS ha aumentado significativamente durante este período. Considerando la totalidad de los recursos allegados al sistema (compuesto por establecimientos municipalizados y dependientes de los servicios de salud), el aporte ministerial para programas percapitados ha aumentado en un 48% en términos reales en el período 2000-2004, y si observamos la evolución experimentada por actividades complementarias al Plan de Salud Familiar, a través de los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria (PRAPS), este aumento resulta en un 196%. A su vez, el aumento del aporte municipal, en el período 2001-2004, ha resultado de un 27,6%. Dada esta situación, la participación relativa de estos componentes dentro del financiamiento total se ha mantenido estable en el período, con un aporte ministerial que participa con un 73% del financiamiento total, el aporte municipal que aporta un 14% y el aporte proveniente de otras fuentes que complementa con el 13% restante⁴. Sin embargo, cabe señalar que justamente este último ítem es el que nos deja con las mayores dudas. Se trata de una fuente de recursos de la APS municipal que ha experimentado un importante aumento durante los años estudiados, y que lamentablemente pudimos dilucidar escasamente respecto de su composición. Los estándares para el registro de las fuentes de recursos para los municipios permiten conocer con alta certeza cuáles son los recursos percibidos por el concepto per cápita, pudiendo o no quedar registrados recursos de otros programas tales como el PRAPS. Esta diversidad podría implicar, para efectos de este trabajo, que los recursos

¹ Economista, Jefe Departamento de Economía de la Salud (DESAL).

² Economista, formó parte del DESAL hasta julio de 2008.

³ Ing. Comercial, Administrador Público, DESAL.

⁴ Cifras 2004.



totales de la APS pudiesen estar sobredimensionados, no así los componentes individuales, respecto de los cuales elegimos las mejores fuentes de información disponibles para registrarlos y fueron objeto de una rigurosa revisión.

En esta oportunidad damos a conocer un resumen del estudio realizado, cuya versión completa se puede acceder a través de la web en www.minsal.cl/desal. De este modo, aquí no se entregan detalles del contexto de la APS, ni aspectos tales como el modelo de atención o los mecanismos de financiamiento. Sólo se presentan los resultados en términos de cifras agregadas respecto de los recursos y sus fuentes de financiamiento, sin detallar las fuentes de recursos para la APS municipal y no municipal. Tampoco se entrega el detalle de los flujos identificados, cuyo esclarecimiento, debido a la complejidad de los mismos, constituyó, a nuestro juicio, el principal aporte de este trabajo.

2. Breve descripción de la APS en Chile

En la década de los 80, un elemento que marcó profundamente el proceso de descentralización de la salud fue el traspaso de más del 90% de los establecimientos de la Atención Primaria de Salud (APS) desde el SNSS a los municipios, de acuerdo a los procedimientos establecidos en el DFL 1-3063 de 1980. Este traspaso implicó que las municipalidades debieron asumir la totalidad de las acciones de atención ambulatoria de nivel primario dentro de su área jurisdiccional, quedando los Servicios de Salud a cargo de operar el Nivel secundario-terciario de hospitales y centros de especialidad. Este proceso culminó a fines de 1989 con más del 90% de los establecimientos bajo administración comunal⁵.

En la actualidad existen en el país un total de 713 consultorios⁶, de los cuales 191 son adosados, los que se mantuvieron bajo la administración de los servicios de salud. De los 522 restantes, 460 son administrados



por municipalidades, 40 por Servicios de Salud, 13 son delegados y 9 privados, en convenio y de organizaciones comunitarias⁷. Además, en la práctica, existen también hospitales, denominados hospitales tipo 4, que dependen de los Servicios de Salud y que también realizan atención primaria, debido a que son establecimientos de baja complejidad.

En 1994 la APS experimentó un cambio radical en su modelo de atención y financiamiento, con el establecimiento del Plan de Salud Familiar financiado por un mecanismo per cápita, en vigencia hasta el día de hoy.

Otro hecho remarcable lo constituye la Reforma de Salud implementada durante el gobierno del Presidente Ricardo Lagos. En 2004 se dicta la Ley N° 19.966 "Régimen General de Garantías en Salud" - GES, dando así un paso importante en la disminución de las brechas de equidad que hoy caracterizan al sistema de salud chileno en su conjunto. Adicionalmente, esta ley incorpora el componente preventivo al garantizar el Examen de Medicina Preventivo (EMP). La incorporación de garantías para el EMP permite observar claramente el enfoque preventivo de la APS, a diferencia de otros niveles de atención.

3. Financiamiento de la APS: fuentes y flujo de recursos

Nuestro objetivo es identificar la totalidad de los flujos de recursos que llegan a la APS, identificando las fuentes

⁵ En 1999, la excepción continuaban siendo los establecimientos de dos servicios de salud: Metropolitano Central, servicio que tuvo una experiencia de gestión privada fracasada, lo que motivó la devolución de los establecimientos, y el Servicio de Salud Aysén (región que también devolvió los establecimientos debido a la baja densidad poblacional) Duarte, D. y Zuleta, M. (1999). Esta situación sigue vigente hoy, y adicionalmente, existen otros 30 consultorios a lo largo del país con similar dependencia administrativa. (Fuente: DEIS, información correspondiente al año 2005).

⁶ Fuente: DEIS, información correspondiente al año 2005.

⁷ También pertenecen a este nivel de atención los SAPU y las postas. En el caso de los primeros, se contabilizó para el año 2005 un total de 114, de los cuales 108 son municipalizados y sólo 6 dependientes de SS. Mientras que las postas sumaron un total de 1.251, de las cuales 1.204 tenían el carácter de municipalizadas, y las restantes dependientes de los Servicios de Salud. De este modo, el total de establecimientos de APS en Chile el año 2005 fue de 1.887.



de las cuales provienen, y cuantificándolos. Esta tarea resulta de una complejidad considerable, ya que los flujos son diversos, con una composición cambiante a través de los años, y varios de ellos corresponden a montos pequeños que no han tenido sistematización en su entrega a lo largo de los años.

Por lo tanto, las preguntas que aquí intentamos responder son las siguientes:

¿Cuánto es el total de recursos financieros⁸ aportados a la APS?

¿Quiénes aportan y en qué magnitud?

¿Cuáles son los mecanismos de transferencia y los flujos que siguen estos recursos?

Es importante destacar que, si bien el modelo de atención en APS es uno solo, el análisis financiero permite clasificar sus componentes bajo distintas perspectivas, según se trate de enfatizar las fuentes de financiamiento o el flujo de recursos. Ambos enfoques son explicados con detalle a continuación, de modo de facilitar el análisis financiero global de la APS, así como su evolución en el tiempo.

3.1. Fuentes de financiamiento

Desde el punto de vista de las fuentes de financiamiento, es posible clasificar los recursos totales otorgados a la APS en tres grupos principales:

a) Aporte Ministerial: éste es canalizado por el nivel central hacia los SS y luego va hacia los municipios o directamente a los establecimientos dependiendo del tipo de administración de la atención primaria. Este grupo es el más importante y se pueden identificar los siguientes ítems:

- Transferencia vía Per cápita (APS municipal)
- Programas de Reforzamiento a la Atención Primaria (PRAPS) (APS municipal)
- Transferencias a la APS no municipal
- Recursos destinados al pago de Médicos y Dentistas Generales de Zona (APS Municipal)
- Programas denominados de Salud Pública
- Inversión sectorial⁹.

⁸ Se consideran el total de aportes en términos financieros, es decir, se considera también el equivalente financiero de otros aportes en bienes, como vacunas o alimentos.

⁹ Si bien la inversión sectorial es un ítem que forma parte de los recursos destinados a APS, el análisis de este capítulo se centra en los recursos destinados a gasto corriente.

b) Aporte Municipal: es el aporte que realizan los municipios que administran APS.

c) Gobierno Central: en APS este aporte se materializa a través del Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR). El FNDR es el principal instrumento financiero, mediante el cual el Gobierno Central transfiere recursos fiscales a cada una de las regiones, para la materialización de proyectos de inversión y obras de desarrollo e impacto regional, provincial y local. No obstante, a pesar que la inversión sectorial es un ítem que forma parte de los recursos destinados a APS, es necesario mencionar que el análisis de este capítulo se centra en los recursos destinados a gasto corriente.

d) Otras Fuentes: son los ingresos que provienen de otras fuentes distintas a las recién mencionadas, como por ejemplo, donaciones, recursos de ISAPRES o FONASA por concepto de pagos de licencias médicas y copagos¹⁰.

De la Tabla 3.1 es posible observar que en general se ha producido un incremento de los recursos destinados a la Atención Primaria a partir del año 2000. Esta situación se explica principalmente por el aumento del Aporte Ministerial y, dentro de este ítem, el incremento de los recursos destinados a los Programas de Reforzamiento y, por otra parte, al aumento sostenido del Aporte Municipal. Dentro del Aporte Ministerial, tanto los recursos del per cápita



¹⁰ Dado que los copagos son prácticamente cero en la APS, se trata principalmente de cobros a particulares y/o beneficiarios de ISAPRES.



como del PRAPS, han experimentado aumentos por sobre los experimentados en promedio por la población beneficiaria de APS (como lo muestra la Tabla 3.2), lo que implica que, sobre todo en el caso del PRAPS se ha hecho un esfuerzo por mejorar la atención de salud a través del incremento de recursos más allá de los necesarios para mantener la cobertura. Los recursos destinados al pago de remuneraciones de Médicos y Dentistas Generales de Zona es el ítem del Aporte Ministerial que muestra mayor incremento durante el periodo, no obstante, se trata también de los montos más pequeños. Con respecto al Aporte Municipal, éste ha experimentado aumentos sostenidos, no obstante, para un conocimiento más preciso de este hecho es necesario considerar la información a partir del año 2001. Al observar las fuentes de información de la

Tabla 3.1 vemos que la cifra de aporte municipal del año 2000 proviene del sistema nacional de indicadores municipales (SINIM), produciéndose un quiebre con la fuente de información de los años posteriores (Balances de Ejecución Presupuestaria de SUBDERE), lo que introduce un cierto grado de imprecisión para la comparación de cifras. Por este motivo en la Tabla 3.1 se ha agregado la cifra del crecimiento 2001-2004 entre paréntesis, y consecuentemente, lo mismo se ha hecho para el total de recursos de la APS. Por otra parte, vemos que la tasa promedio de crecimiento anual de los recursos provenientes del Aporte Municipal a partir del año 2001 es de 9,2%, lo que se asemeja bastante al crecimiento promedio de la población potencialmente beneficiaria¹¹ durante esos años, 6,7%.

Tabla 3.1¹²

*Total de recursos destinados a la APS
según fuente de financiamiento
(Millones de \$ 2004)*

	2000	2001	2002	2003	2004	2000-2004	2000-2004
Aporte Ministerial	156.766	181.833	219.868	246.996	267.456	17,7%	70,6%
Per cápita ⁽¹⁾	100.831	112.584	126.170	147.800	149.471	12,1%	48,2%
PRAPS ⁽¹⁾	15.723	22.103	26.658	31.481	46.593	49,1%	196,3%
APS no municipal ⁽²⁾	5.276	6.575	25.976	24.052	26.460	0,9% ⁽⁸⁾	1,9% ⁽⁸⁾
Salud Pública ⁽³⁾	34.722	39.648	38.885	40.064	40.192	3,9%	16,2%
Médicos y Dentistas Generales de Zona ⁽⁴⁾	214	922	2.180	3.598	4.742	529,0%	2.112,0%
Aporte Municipal ⁽⁵⁾	19.457 ⁽⁶⁾	39.469	44.899	47.067	50.365	39,7%	158,8% (27,6%)
Otras Fuentes ⁽⁵⁾	S/I ⁽⁷⁾	24.622	31.800	43.679	48.741	32,7%	98,0%
TOTAL RECURSOS APS ⁽⁹⁾	176.223	245.923	296.568	337.742	366.562	27,0%	108,0% (49,1%)

Fuente:

⁽¹⁾ Ejecuciones Presupuestarias Servicios de Salud.

⁽²⁾ Ejecuciones Presupuestarias FONASA. Si bien la fuente de información para este ítem es siempre FONASA, existe un cambio en la manera de agrupar y presentar la información entre el año 2001 y 2002. Esto sugiere la posibilidad de que las cifras del 2000 y 2001 no sean totalmente consistentes con las cifras del año 2002 en adelante.

⁽³⁾ Ejecuciones Presupuestarias SUBSAL.

⁽⁴⁾ División de Gestión y Desarrollo de las Personas, Ministerio de Salud.

⁽⁵⁾ SUBDERE. Balances de Ejecución Presupuestaria, sector salud.

⁽⁶⁾ SUBDERE. SINIM, sector salud.

⁽⁷⁾ Sin información

⁽⁸⁾ Debido a la inconsistencia de información mencionada en (3), el crecimiento promedio anual y el crecimiento global se calculan para el ítem de APS no municipal solo para los años 2002 a 2004.

⁽⁹⁾ Total corresponde a la suma de Aporte Ministerial, Aporte Municipal, Otras Fuentes.

¹¹ Corresponde a la Población Inscrita Validada en el Proceso de Certificación de FONASA, que origina la población de pago del per cápita para cada año.

¹² Los recursos financieros que se muestran en la Tabla N° 3.1 son aquellos destinados a gasto corriente, por tanto no se consideran el ítem de inversión sectorial ni el ítem correspondiente al Fondo de Desarrollo Regional, que proviene del gobierno central.



La Tabla 3.3 muestra la evolución de los recursos que los municipios destinan a salud como parte de sus ingresos propios. Vemos que del total de ingresos

propios de los cuales dispone el municipio, en promedio éstos han destinado el 4,4% al ítem "Aporte Municipal".

Tabla 3.2

Evolución Población Potencialmente Beneficiaria APS Municipal

	2000	2001	2002	2003	2004	Crec. Prom. anual	Crec. 2000 - 2004
Total personas	6.798.956	7.354.930	7.970.355	8.484.199	8.823.191	7,4%	29,8%

Fuente: Departamento de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Tabla 3.3

Evolución aporte municipal a salud como porcentaje de los ingresos propios de las municipalidades (Millones de pesos corrientes)

	2000	2001	2002	2003	2004	Promedio 00 - 04
Aporte Municipal a Salud	19.457	39.469	44.899	47.067	50.365	4,4%
Ingresos Propios Municipios ⁽¹⁾	813.119	897.074	961.839	829.534	1.054.351	
Porcentaje destinado a salud	2,4%	4,4%	4,7%	5,7%	4,8%	

⁽¹⁾ Corresponde a la suma de ingresos propios permanentes, ingresos por Fondo Común Municipal y otros ingresos municipales.

Fuente: Sistema Nacional de Indicadores Municipales.

No obstante, es posible observar que la estructura de fuentes de financiamiento de la APS municipal se ha mantenido relativamente constante. Los Gráficos 3.1 y 3.2 reflejan esta continuidad. Dado que no se cuenta con información completa para el año 2000, la comparación de composición de recursos se realiza entre los años 2001 y 2004. De este modo, se observa que a pesar del notorio aumento en términos absolutos, el aporte ministerial ha mantenido su importancia relativa como fuente de recursos de la APS.

La Tabla 3.4 muestra la evolución del gasto público total y operativo en salud para los años 2000 a 2004 y del principal componente del gasto en APS (aporte ministerial) como proporción de ambos gastos. El gasto público en salud es aquel que se señala en el presupuesto de la Nación (equivale al gasto total) y que es financiado por diferentes fuentes, entre las que se cuentan el aporte fiscal, las imposiciones

previsionales y el copago de los usuarios. El gasto público operativo en salud considera solamente el gasto corriente y corresponde a los subtítulos 21, 22 y 23¹³ del presupuesto del sector.

Se observa que la proporción de recursos destinados a la atención primaria en ambos casos ha aumentado durante los años. En el caso del gasto operativo esta proporción aumentó del 24% del total del gasto operativo en salud al 33% el año 2004, en un periodo expansivo, donde el total del gasto público operativo en salud aumentó en promedio un 8,7% anual. Para el gasto total, la proporción de recursos destinada a atención primaria también aumentó, pasando del 13% del total del presupuesto de salud el año 2000 al 18% el año 2004, también en un periodo expansivo,

¹³ Subtítulo 21: Gastos en Personal; Subtítulo 22: Bienes y Servicios de Consumo; Subtítulo 23: Bienes y Servicios para Producción.



Gráfico 3.1

Distribución Fuentes de Recursos APS año 2001

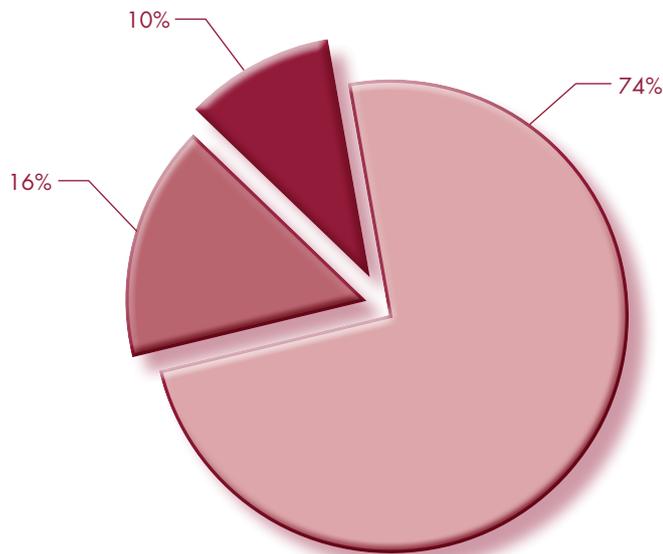
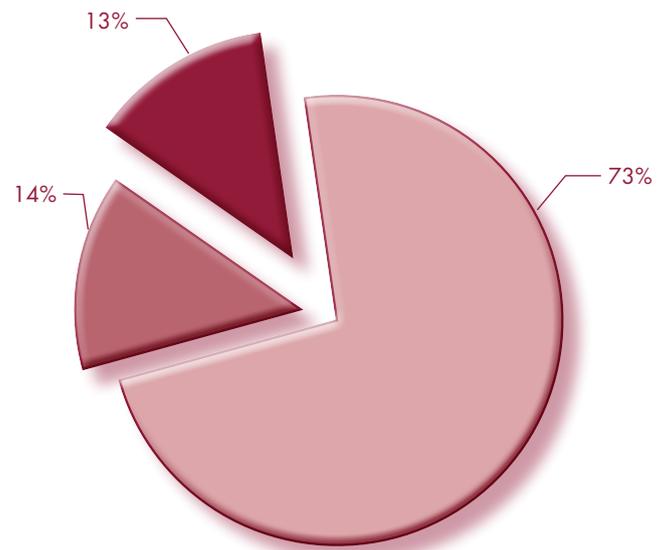


Gráfico 3.2

Distribución Fuentes de Recursos APS año 2004



Aporte Ministerial
 Aporte Municipal
 Otras fuentes

Fuente: Elaboración propia.
No se consideran los fondos provenientes del FNDR.

Aporte Ministerial
 Aporte Municipal
 Otras fuentes

Fuente: Elaboración propia.
No se consideran los fondos provenientes del FNDR.

Tabla 3.4

*Evolución del gasto público total y operativo en salud y del aporte ministerial para APS
(Millones de pesos corrientes)*

	Gasto Público en Salud Gov. Central (*)	Gasto Operativo en Salud Gov. Central (**)	Aporte Ministerial (1)	% sobre (*)	% sobre (**)
2000	1.130.825	592.771	143.483	13%	24%
2001	1.259.971	679.098	170.814	14%	25%
2002	1.326.834	708.708	212.379	16%	30%
2003	1.437.464	757.467	241.140	17%	32%
2004	1.516.636	798.665	267.457	18%	33%

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos DIPRES, Ministerio de Hacienda.



donde el total del gasto público en salud aumentó en promedio 8,5% anual.

Uno de los pilares del modelo de atención en la APS es el Plan de Salud Familiar (PSF) que se entrega en la salud municipalizada. La Tabla 3.5 muestra la participación de los recursos destinados al PSF sobre el total de recursos destinados a la APS municipal. En otras palabras, "cuánto pesa" este plan dentro del total del financiamiento municipal. El ítem Total Recursos APS (*) mostrado en la Tabla 3.5 considera el total de recursos que van a la APS municipal (Tabla 3.1), sólo considerando gasto corriente. La serie es comparable sólo a partir del año 2001. Es posible observar que el PSF (per cápita más vacunas y alimentos que están incluidos en cada uno de los subprogramas del PSF) sobre el total de APS municipal, en promedio alcanza el 61%. Por otra parte, del análisis de los años 2001 a 2004 se observa que los recursos destinados al PRAPS financian en promedio sólo un 11% del total del gasto en APS municipal. Por último, el PSF y el PRAPS juntos (aporte ministerial) financian en promedio durante el mismo periodo de tiempo el 71% del total del gasto en APS municipal, lo que demuestra la importancia que tienen también otras fuentes en el financiamiento de la atención primaria, como, por ejemplo, el aporte del propio Municipio.

Adicionalmente, podría ser de interés calcular el peso relativo del PSF sólo en términos de los recursos que financian la labor asistencial, excluyendo los importantes montos destinados a la compra de vacunas y alimentos, que para estos efectos se excluyen tanto del numerador como del denominador. De este modo, la Tabla 3.6 muestra los mismos cálculos, pero sobre un total de recursos de APS municipal a los que se les ha descontado los recursos destinados a los programas de salud pública. La serie sigue siendo comparable desde el año 2001. Se observa que el peso relativo promedio del PSF es ahora del 54% sobre el total de recursos, participación que baja a 50% el año 2004. El PSF y el PRAPS juntos promedian un 66% de peso relativo durante los años 2001 a 2004.

No obstante, es necesario hacer algunas acotaciones respecto de los montos del per cápita que se comparan en la Tabla 3.6. Los valores de (1) corresponden al total de recursos transferidos desde los Servicios de Salud a los Municipios por concepto de programas de APS que se calculan y se pagan de forma percapitada. Es decir, se incluye el per cápita base que financia el Plan de Salud Familiar y el pago de otros programas percapita dos pero que no forman parte del Plan de Salud Familiar¹⁴. Para tener una noción del orden de magnitud del per cápita base (sin considerar otros programas percapitados) destinado a

Tabla 3.5

Evolución del total de recursos de la APS Municipal y del peso del PSF completo dentro del gasto en APS (Millones de pesos corrientes)

	Total Recursos APS (*)	PSF (1)	% sobre (*)	PRAPS (2)	% sobre (*)	APS (1) + (2)	% sobre (*) (1)
2001	224.845	145.410	65%	20.764	9%	166.174	74%
2002	261.375	160.757	62%	25.749	10%	186.506	71%
2003	306.253	184.360	60%	30.735	10%	215.095	70%
2004	340.103	189.662	56%	46.593	14%	236.255	69%

Fuente: Elaboración propia.

Total Recursos APS (*) corresponde a la suma del aporte ministerial, aporte municipal más recursos provenientes de otras fuentes. No se consideran los montos del FNDR en salud.

¹⁴ Por ejemplo, dentro de estos programas para el año 2003 y 2004 se pueden mencionar el Programa de Salud Cardiovascular, el Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en APS y el Programa de Urgencia Rural entre otros.



Tabla 3.6

Evolución del total de recursos de la APS Municipal y del peso del PSF (labor asistencial) dentro del gasto en APS (Millones de pesos corrientes)

	Recursos	Per Cápita (1)	% sobre (**)	PRAPS (2)	% sobre (**)	APS (1) + (2)	% SOBRE (**)
2001	187.599	105.761	56%	20.764	11%	126.525	67%
2002	223.814	121.872	54%	25.749	12%	147.622	66%
2003	267.138	144.296	54%	30.735	12%	175.031	66%
2004	299.911	149.471	50%	46.593	16%	196.063	65%

Fuente: Elaboración propia.

Total Recursos APS (***) corresponde al monto (*) de la Tabla 5, menos los recursos destinados a los programas de Salud Pública.

financiar estrictamente el Plan de Salud Familiar de la APS, se puede mencionar que el año 2004 este monto alcanzó los \$120.693 millones, lo que significa una participación del 40% sobre el total de los recursos de APS municipal (***) mostrados en la Tabla 3.6.

4. Conclusiones

El presente estudio tuvo por objetivo identificar los recursos financieros allegados a la Atención Primaria de Salud (APS) en el período 2000-2004. Tarea de sumo compleja, debido a los problemas de información con que nos encontramos a lo largo de la realización de este estudio, a la diversidad de vías a través de las cuales se han distribuido los recursos, y a las variaciones experimentadas en sus componentes, que requirieron de grandes esfuerzos para la obtención de una serie consistente para esos años. De ahí que la sistematización de la información involucró una tarea de envergadura difícil de anticipar.

Una primera conclusión tiene que ver con la construcción del valor total de recursos allegados a la APS. Para conocer el monto de recursos destinados a la APS durante el período 2000-2004, este estudio recolectó la información a partir de diversas fuentes, eligiendo los componentes que a juicio de los autores eran los más confiables para cada ítem. Si bien esto constituye uno de los principales aportes de

este estudio, presenta al mismo tiempo la dificultad que al bajar a fuentes de información más locales, como las ejecuciones presupuestarias municipales, se pierda y/o traslape información financiera debido al cambio de informante. La información provista por las municipalidades es absolutamente indispensable para acceder a montos de recursos que no provienen del Nivel Central; sin embargo, pudimos observar que éstas no siguen la misma lógica de registro que utilizan en el Nivel Central. Se constató que las municipalidades no registran dentro de sus ingresos presupuestarios, explícitamente al menos, los recursos del PRAPS, que son un componente importantísimo del financiamiento de la APS. No existe evidencia de qué sucede con este registro. Una posibilidad es que efectivamente registren estos ingresos de manera extrapresupuestaria y otra es que los registren inexactamente bajo el "concepto de otras fuentes". De suceder lo último, el método de sumar los recursos por fuente de financiamiento generaría una sobreestimación de recursos afectando el total calculado. No obstante, dado que no existe evidencia de que esto suceda y que, por el contrario, por la información que nosotros recibimos a nivel local, las municipalidades registran los recursos del PRAPS de manera extrapresupuestaria, es que se optó por sumar los montos de cada fuente de recursos por separado, obteniendo los totales que se muestran en el estudio. Si bien este hecho no afecta los



análisis de las principales líneas de financiamiento de la atención primaria y, por tanto, no invalida las conclusiones que se expresan a continuación, creemos necesario mencionarlo como una primera conclusión general.

Hoy en día la mayor parte de los establecimientos de la APS se encuentran municipalizados: 460 de un total de 713 consultorios, y si consideramos los SAPU y las postas rurales, esta proporción es todavía mayor. Considerando al sistema en su conjunto, una primera comprobación de este estudio fue el aumento de la participación de la APS dentro del gasto público operativo en salud del Gobierno central: de un 24% a un 33% en el período 2000-2004, montos importantes, considerando un gasto expansivo en dicho período. Efectivamente, al revisar la totalidad de los recursos financieros allegados al sistema, el aporte ministerial para programas percapitados ha aumentado un 48% en términos reales en el período 2000-2004. Este aumento es liderado por el incremento de los recursos de los Programas de Reforzamiento de la Atención

Primaria (PRAPS), que experimentan un crecimiento global en el período de 196%.

Una situación similar han experimentado los recursos provistos por el aporte municipal, en el mismo período ellos han aumentado en un 159%. Sin embargo, según señalamos en el estudio, más confiable nos resulta para este ítem tomar el período 2001-2004, que registra un aumento de un 27,6%. Dada esta situación, la composición relativa de estos componentes dentro del financiamiento total se ha mantenido estable en el período, con un aporte ministerial que participa con un 73% del financiamiento total, y el aporte municipal con un 14% (cifras 2004).

Extensiones de este trabajo serían el estudiar el correlato de este aumento de recursos en el período con el nivel de actividad, y en última instancia, con el impacto en salud.

Finalmente, lo aquí expuesto hace evidente la necesidad de replantear los mecanismos de pago actualmente vigentes en la APS.

5. Referencia bibliográfica

Duarte, D. y Zuleta, M. (1999): La situación de salud primaria en Chile. Documento de Trabajo N° 1, 1999. Corporación de Promoción Universitaria.



A propósito de la revisión del modelo Per Cápita de la Atención Primaria municipalizada: Siete criterios generales a tener presente*

David Debrott Sánchez¹ / ddebrott@minsal.cl

Antecedentes

El Ministerio de Salud está realizando una revisión del sistema de financiamiento per cápita que se aplica en la Atención Primaria municipalizada. Dicha revisión consiste, fundamentalmente, en actualizar el Plan de Salud Familiar y estimar su costo, y en mejorar los ajustes y correcciones (indexadores) que se aplican a la cápita basal.

El resultado de esta revisión se expresará en una propuesta valorizada y fundamentada metodológicamente, para ser incluida en el proceso de discusión del presupuesto 2009. En este sentido, existe un compromiso de parte de las autoridades del sector con los gremios de Atención Primaria, la Asociación Chilena de Municipalidades y con el Congreso Nacional, lo que haría factible un incremento del aporte fiscal al financiamiento de la Atención Primaria municipalizada.

Por otra parte, el Ministerio de Salud ha constituido una Comisión Sectorial para analizar, proponer y coordinar la implementación de políticas generales y específicas en el ámbito de la asignación de recursos financieros, la que incluye el tema del financiamiento de la Atención Primaria municipalizada, pero que además aborda aspectos específicos de pago en hospitales, urgencias, Salud Pública, presupuestación sectorial, etc.

Considerando ambos antecedentes, parece pertinente poner en discusión algunos criterios generales que debieran orientar la revisión del sistema per cápita, para asegurar su coherencia con las propuestas sobre

financiamiento global del sistema sanitario público actualmente en debate.

Siete criterios para el debate²

1. La Atención Primaria como base del sistema sanitario nacional

Normalmente se confunde la Atención Primaria, en tanto primer nivel de atención por su complejidad y grado de resolutivez, con el concepto de Atención Primaria de Salud, en tanto estrategia sanitaria global³.

Algo similar parece ocurrir con el Modelo de Atención Integral⁴, cuando es entendido como un diseño a ser implementado en el nivel primario (Atención Primaria) en forma independiente de lo que ocurre en los niveles secundario y terciario, en los que debieran existir modelos ad hoc.

En este sentido, entendemos el Modelo de Atención Integral como una estrategia global del sistema, en la que el nivel primario constituye el pilar básico del sistema y el eje articulador de la red asistencial.

2. La necesidad de la integración sanitaria para el funcionamiento del Modelo de Atención Integral

Para contribuir a la materialización y éxito del Modelo de Atención Integral es necesaria la integración sanitaria. Esta supone redes de servicios que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones (individuales y colectivas) a una población

* Se agradecen los comentarios a una versión previa formulados por Camilo Cid, profesional de la Superintendencia de Salud y miembro de la Comisión Sectorial - Mecanismos de Presupuestación y Transferencias.

¹ Economista, Jefe de la Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial (UCSAS) del DESAL y Secretario Ejecutivo de la Comisión Sectorial - Mecanismos de Presupuestación y Transferencias.

² En este artículo no desarrollamos los criterios que hacen mención al modelo de atención integral en salud y sus características, ni al modelo de gestión para la atención integral en salud.

³ OPS (2007).

⁴ MINSAL (2005: 9-10).



determinada y que se responsabilizan de los costos y los resultados en salud de la población⁵.

Desde esta perspectiva, es determinante la articulación entre los Servicios de Salud (niveles secundario y terciario) y la Atención Primaria municipalizada.

3. La integración sanitaria en un modelo semidescentralizado

De acuerdo a la literatura, la integración sanitaria puede ser real o virtual desde el punto de vista organizacional⁶. Existen algunos Servicios de Salud en los que todos los niveles de atención se encuentran centralizados dependiendo administrativamente de la misma unidad de mando y coordinación. En la mayoría, en cambio, el primer nivel de atención se encuentra descentralizado (municipalizado), en tanto, los niveles secundario y terciario dependen de los Servicios de Salud (Gobierno Central). En el primer caso, la integración organizativa es real, como en los Servicios de Salud Metropolitano Central y de Aysén. En el segundo caso, la integración es virtual.

La diferencia entre ambos casos implica "formas" de articulación diferentes, y la integración virtual presenta mayores desafíos de gestión que la real, pero la existencia mayoritaria de integración asistencial virtual con la Atención Primaria no debiera ser obstáculo para un propósito común. Lo relevante es la necesidad de colaboración y coordinación entre los niveles de atención⁷.

4. Incentivos y desincentivos a la integración sanitaria

El logro de la integración sanitaria supone un conjunto de condiciones de diverso tipo. Sin embargo, entre los elementos externos o de contexto que la favorecen se encuentran el modelo de asignación de recursos y el sistema de incentivos económicos.

"Los sistemas de pago aplicados tradicionalmente de manera independiente para cada nivel asistencial, pago



por acto, por actividad o presupuesto, *desincentivan la coordinación entre niveles asistenciales*.

En los últimos años se ha despertado el interés por la financiación capitativa como instrumento que fomenta la cooperación entre proveedores. Teóricamente, el pago per cápita incentiva a la red de proveedores a buscar fórmulas para alinear sus intereses con los objetivos globales de la red y alcanzarlos, reducir costos y fortalecer la calidad de los servicios. Bajo un presupuesto per cápita global, los proveedores percibirán que reciben un único presupuesto y que las acciones en un punto concreto de la red tienen repercusiones en la cuenta de resultados del resto.

Para ello el sistema de asignación debe permitir responsabilizar a cada proveedor tanto de los costos directos como de los que induce sobre el resto de la red, de manera que la red intentaría tratar el problema de salud en el lugar más costo efectivo dentro del continuo asistencial.

Otros factores determinantes son las características de su población de referencia, la proporción de grupos de edad con mayor carga de enfermedades, grupos minoritarios y otros con necesidades especiales de atenciones de salud requieren una mayor cantidad de servicios; la extensión del territorio a cubrir; y si en el territorio están presentes más proveedores con los que se tenga que compartir la atención a la población, las características socioeconómicas, etc."⁸.

⁵ Pizarro, V. (2004).

⁶ Ibern, P. et al. (2008).

⁷ Vázquez, M. et al (2005: 639-640).

⁸ Vázquez, M. et al. (2005, pp. 636-638).



En esta lógica, la cápita de la Atención Primaria municipalizada no debiera ser independiente de una cápita global para el territorio-población, constituido por la Región (incluyendo las acciones de Salud Pública - SEREMIS) y luego para los Servicios de Salud (niveles secundario y terciario). Dicho de otro modo, debemos tender a que el monto de recursos asignado a la Atención Primaria municipalizada se determine simultáneamente junto a los montos a asignar a los niveles secundario y terciario en la medida en que responden a una misma población a atender.

6. Presupuestación capitada y mecanismos de Transferencias

El proceso de asignación de recursos puede ser separado en dos etapas: la planificación presupuestaria y la transferencia de recursos. La planificación de los recursos es la etapa de presupuestación ligada a la vez a la planificación sanitaria y sus objetivos; la transferencia corresponde al hecho concreto de proveer los recursos a los proveedores y las formas que esas transferencias adquieren, pueden ser variadas. De allí que el hecho de que la formulación del presupuesto para un territorio y una población se realice mediante un método de capitación simple como el actualmente utilizado en Atención Primaria municipalizada, o ajustada por riesgo como el que se propone, no implica necesariamente que los recursos sean "transferidos" capitadamente.

Más explícitamente, la definición de la cápita para una Región y/o un Servicio de Salud (incluyendo los recursos a aportar a la Atención Primaria municipalizada) sólo establece el techo de gasto esperado para dicho territorio-población en la etapa de planificación. No obstante, los mecanismos específicos de transferencias de recursos pueden ser muy diversos. En la propuesta en desarrollo ellos son un conjunto de mecanismos de pago mixtos, entendiéndose por mixtos aquellos que reconocen al proveedor lo que "es", dado que se supone fruto de una planificación, y lo que es capaz de realizar como actividad asistencial con los recursos que posee. Por ejemplo, las propuestas actuales consideran, en el caso de hospitales, reconocer la capacidad instalada (resultado de la planificación sanitaria), los costos promedio observados y la actividad comparada (casuística o *case mix*) realizada.

Dado lo anterior, en concordancia con lo sugerido por Ibern, P. et al. (2008), lo que se propone no es un per cápita fijo o plano igual para todos los territorios, sino que un per cápita ajustado por el riesgo predecible de la población a cargo.

5. Capitación parcial y capitación global

Desde la perspectiva metodológica, la capitación poblacional y territorial en la Atención Primaria municipalizada constituye una de las iniciativas más coherentes con la lógica de integración sanitaria, *sin embargo, es aún parcial.*

Las propuestas tendientes a promover equidad en la macroasignación de recursos y eficiencia técnica en la microasignación suponen una visión global del sistema sanitario. En este sentido, es necesario perfeccionar la fórmula del per cápita en Atención Primaria municipalizada, visto como elemento de la microasignación de recursos, y promover su articulación con el financiamiento de los demás niveles del sistema.

Para ello se propone una formulación del presupuesto en la que los territorios y poblaciones, de la atención primaria, secundaria y terciaria, establezcan un techo único al interior del cual se especifiquen asignaciones para financiar la totalidad de los establecimientos que integran la red⁹.

⁹ Ver Ibern, P. et al. (2008).



7. Alineamiento en los aspectos técnicos de capitación

El método de capitación vigente en Atención Primaria municipalizada consiste básicamente en dos partes: i) estimación del costo del Plan de Salud Familiar de la Atención Primaria y determinación de una cápita plana; y ii) ajustes-correcciones para reflejar mayores necesidades sanitarias poblacionales y mayores costos de los prestadores.

En un modelo global de capitación, el costo de las prestaciones debe basarse en estudios empíricos de costeo con representatividad poblacional razonablemente actualizados, incluyendo la totalidad de las atenciones en la red. En la medida en que se dispone de información individual es posible, por una parte, representar los costos promedio de la atención sanitaria y, por otra parte, especificar los costos por grupos poblacionales (edad, sexo, etc.).

Para alinear la capitación en Atención Primaria a las propuestas metodológicas de capitación global del sistema resulta recomendable: i) avanzar hacia estudios de costo empírico (observado) en establecimientos de Atención Primaria; y ii) avanzar en la utilización de datos individuales para la realización de ajustes a la cápita.



8. Referencias bibliográficas

Ibern, Pere; Vicente Ortún; Ricard Meneu; Manuel García Goñi (2008): "Sistema de Asignación Poblacional de Recursos", Borrador del Informe para MINSAL-FONASA versión 2. Centro de Investigación en Economía y Salud, CRES, U. Pompeu Fabra.

MINSAL (2005): "Modelo de Atención Integral en Salud", Serie Cuadernos de Modelo de Atención, N° 1, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial.

OPS (2007): "Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/

Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)", OPS, Washington DC, 2007.

Pizarro Díaz, Vladimir (2004): "Organizaciones Sanitarias Integradas en países con Distintos Sistemas de Salud", Tesina para Optar al Título de Master en Salud Pública de la Universidad Pompeu Fabra. Barcelona, 14 de mayo de 2004.

Vázquez Navarrete, M^a Luisa; Vargas Lorenzo, Ingrid; Farré Calpe, Joan; Terraza Núñez, Rebeca (2005): Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Revista Española de Salud Pública, 2005, vol. 79, N° 6, ISSN 1135-5727.



Determinantes sociales del estado de salud autopercebido del adulto mayor en Chile¹

Ciro Ibáñez G.² / cibanez@minsal.cl

1. Introducción

El objetivo general del estudio que se presenta es analizar los determinantes sociales del estado de salud autopercebido por los adultos mayores con edades iguales o superiores a los 60 años de Chile. En términos específicos, se busca ponderar la magnitud de distintos determinantes de la salud, diferenciando según sexo³. Se utilizan microdatos contenidos en la Encuesta de Protección Social 2004⁴.

El artículo consta de cuatro secciones, considerando esta introducción. En la segunda sección se explica brevemente el enfoque conceptual, las variables y el tipo de modelo utilizado para el análisis. Conceptualmente, el estudio utiliza como referencia el enfoque de determinantes sociales de la salud, en función del cual se construyen las variables utilizadas. En términos instrumentales, se realizan estimaciones utilizando un modelo *probit* ordenado.

En la tercera sección se muestran los resultados de la estimación; de estos se resaltan los efectos marginales, los cuales muestran cambios en la probabilidad de percibir un determinado estado de salud, ante cambios marginales en las variables independientes.

Finalmente, en la cuarta sección se entregan las principales conclusiones, considerando su pertinencia en términos del ciclo de vida y de las políticas públicas en salud de reciente puesta en régimen como son las GES.

2. Enfoque conceptual, variables y especificación de modelos a estimar

Desde la perspectiva del enfoque de los determinantes sociales de la salud, el estado de salud sería el resultado de la interacción de un conjunto de determinantes estructurales e intermedios. Dentro de los determinantes estructurales se consideran variables asociadas al contexto socioeconómico y político del espacio territorial donde habita el conjunto de individuos, lo cual se expresa en las características de los mercados laborales, el sistema educacional, las políticas públicas y la cultura. Dentro de los determinantes estructurales se considera también la posición socioeconómica de los individuos, la cual se expresa en variables como la clase social a la que se pertenece⁵, la educación, ocupación u otras que permitan caracterizar la posición del individuo en una sociedad determinada.



¹ Este artículo corresponde a un resumen de un trabajo mayor realizado en el Departamento de Economía de Salud, de la División de Planificación Sanitaria, de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud. Se agradecen los comentarios de la economista Carla Castillo, los cuales ayudaron a mejorar la forma y el fondo del artículo. Como siempre, cualquier error es de exclusiva responsabilidad del autor.

² Economista del DESAL.

³ En este artículo sólo se presentan los resultados generales.

⁴ Esta encuesta es encargada por el Ministerio del Trabajo y Subsecretaría de Previsión Social.

⁵ Este es un punto que se ha relevado por parte de algunos autores, donde se hace explícita diferenciación entre posición socioeconómica y clase social. Así, el primer concepto indicaría la posición de un individuo dentro de un ranking determinado en función de algún estratificador (ingreso, posesión de bienes o un índice mixto) y la clase social indicaría una relación social en función de la distribución del poder en dimensiones como la propiedad, credenciales educativas y control sobre otros individuos. Ver, por ejemplo, Borrell, C. et al. (2004) y Regidor, E. (2001). En este trabajo optamos por una medida de posición socioeconómica.



Por otra parte, las variables asociadas a los determinantes intermedios como los indicativos de factores de riesgo tales como hábito de fumar, de beber, de realizar deportes, entre otras, se consideran también variables que explicarían un determinado estado de salud autopercibido por los individuos.

Uno de los problemas al que se enfrentan los estudios que investigan acerca de los determinantes de la salud es el de definir qué se entiende por estado de salud. Un número significativo de trabajos optan, generalmente, por falta de información, por medir esta variable a partir de la salud autopercibida; sin embargo, muchas veces estas estimaciones van acompañadas de medidas alternativas de la variable. Es así como encontramos trabajos en que se incorporan como variable dependiente indicadores de diagnósticos previos o presencia de enfermedades crónicas, así como también medidas acerca de las dificultades que enfrentan las personas en su diario vivir o la existencia de alguna discapacidad⁶. De este modo, por lo menos contaríamos con tres medidas “alternativas” o un *mix* de ellas que intentan medir, de alguna manera, la salud de los individuos.

En este trabajo se sigue una línea complementaria a las anteriores, tomando algunas medidas no como indicadores del estado de salud, sino como determinantes del mismo. En ese sentido se considera la existencia de diagnósticos previos o las dificultades en la vida diaria como un determinante más de la salud autopercibida⁷. Esta línea de investigación puede ser fructífera para el contexto chileno, por cuanto algunos de los diagnósticos para los cuales tenemos información forman parte de las Garantías Explícitas en Salud (GES) y de los Objetivos Sanitarios para la Década (OS)⁸.

⁶ Este es el caso de Rossi, M. y Triunfo, P. (2004), que incorporan, además de la autopercpción de salud, la variable de enfermedades crónicas y las dificultades en actividades de la vida diaria y una combinación de autopercpción y de dificultades en actividades de la vida diaria.

⁷ Es el caso de la opción tomada por Séculi, E. et al. (2001); García-Altés, A. et al. (2006) y Azpiazu, M. et al. (2002).

⁸ En el caso de las GES, a partir del 1 de julio del 2005 se incorporan los siguientes problemas: Insuficiencia renal crónica terminal; Cáncer cervicouterino; Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos; Infarto agudo al miocardio; Diabetes Mellitus tipo I; Diabetes Mellitus tipo II; Cáncer de mama; Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa; Esquizofrenia; Cáncer de testículo; VIH/Sida; Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más; Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y



Es relevante conocer cuál es el grado de impacto que estos diagnósticos tienen en la percepción de salud de la población mayor de 60 años, ya que ello permitirá evaluar posteriormente con la Encuesta EPS 2006 y las siguientes, la evolución de estos determinantes, donde se debería esperar una disminución del impacto negativo que estos diagnósticos tienen en la percepción de salud de este segmento de personas. Adicionalmente, algunas de las variables que se incluyen como determinantes son parte explícita de los OS. Tal es el caso de variables asociadas a estilos de vida⁹, por lo cual en su conjunto, estos determinantes tienen una alta pertinencia en términos de su análisis en el marco de la construcción y evaluación de políticas públicas, que tienen por fin enfrentar problemas sociales de alto impacto para la población.

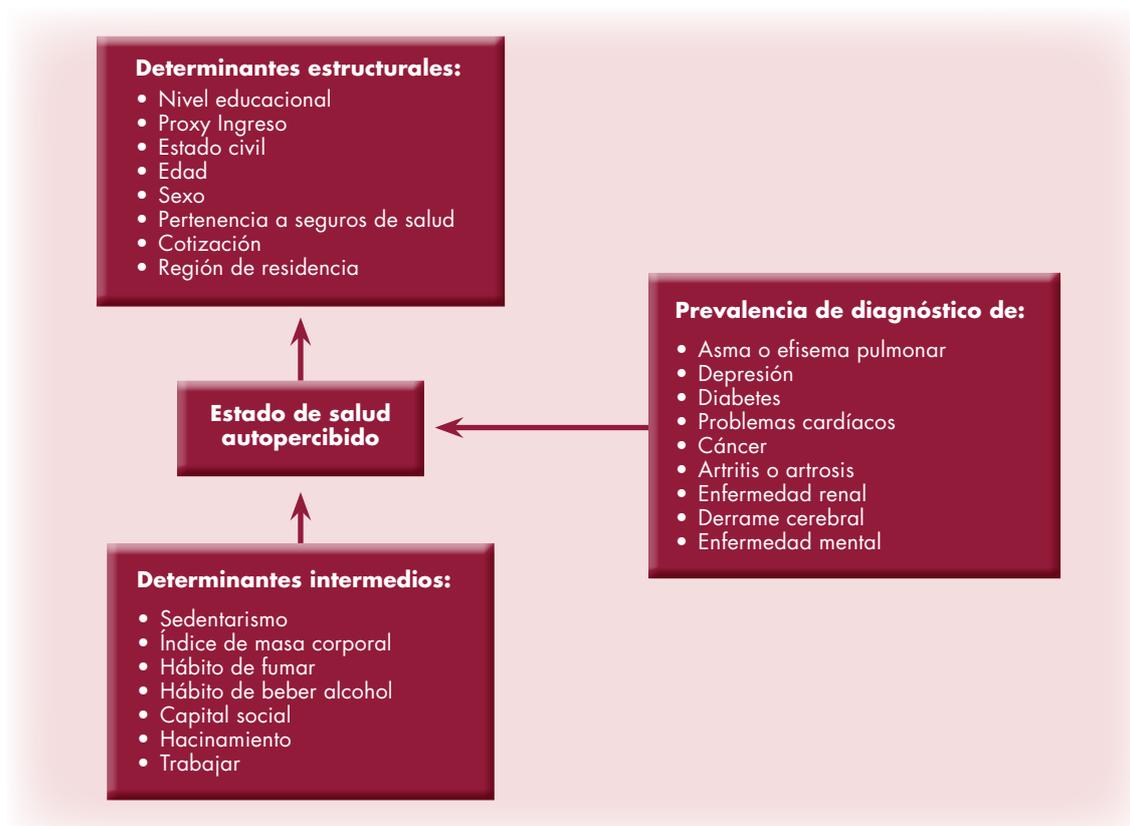
Sintetizando, podemos expresar nuestro enfoque en la Figura 2.1, donde las flechas indican determinación o causalidad. Es de notar que en la figura se explicitan causalidades de las medidas de salud como las dificultades y los diagnósticos hacia la percepción del estado de salud, pero no al revés; es en este marco que se propone incorporar estas medidas como determinantes

más. A partir del 1 de julio del 2006 se adicionaron los siguientes problemas: Cáncer Gástrico en personas de 40 años y más; Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más; Vicios de refracción personas de 65 años y más; Retinopatía diabética; Depresión en personas de 15 años y más; Ortesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más; Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio.

⁹ Por ejemplo: sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, etc.



Figura 2.1.
Esquema de análisis



del estado de salud autopercebido, adicionales a los determinantes sociales.

La estimación se realiza utilizando un modelo probit ordenado. Adicionalmente, se intenta enfrentar el problema de endogeneidad en la variable que mide el hábito de fumar esto se realiza mediante la instrumentalización de la variable¹⁰.

3. Discusión de resultados¹¹

En el Gráfico 3.1 se observan los estimados generales, donde se muestra que la probabilidad de percibir la salud como mala, alcanza a un 19,8%, mientras que la probabilidad de percibir la salud como regular,

es de un 42% y la probabilidad de percibir la salud como buena es de un 38,2%.

En la Tabla 3.1, se observan los efectos marginales asociados a las variables explicativas estadísticamente significativas para cada uno de los tres estados de salud.

Desde el punto de vista de los determinantes estructurales¹², se constata que la variable *proxy* de posición socioeconómica (arriendo) tiene el signo esperado y es altamente significativa; en promedio, un aumento de 1% en el valor del arriendo de la casa habitación

¹⁰ En este artículo no se desarrolla este tema.

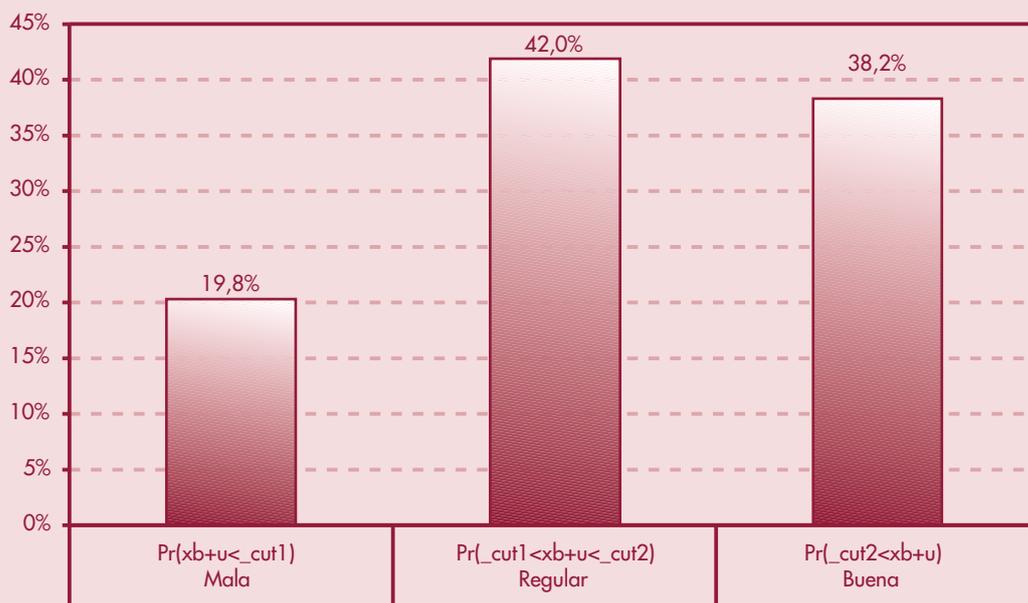
¹¹ Todas las estimaciones se han realizado en el Software Stata 8.0.

¹² En este punto es necesario establecer un vínculo con el modelo de Grossman, en el sentido de que algunos de los determinantes denominados estructurales son posibles de entender como determinantes de la inversión en salud de acuerdo a la perspectiva económica, tales como: nivel educacional, ingreso, cotización, entre otras. Detalles del Modelo de Grossman se pueden consultar en Grossman, M. (1972) y Grossman, M. (1999).



Gráfico 3.1

Probabilidad estimada de percibir un determinado estado de salud (%)



Fuente: Elaboración propia.

disminuye la probabilidad de percibir la salud como mala en 7,7% y aumenta en 12% la probabilidad de percibir una buena salud. El atributo de haber cotizado (cotiz) en la vida laboral no resultó significativo para explicar la percepción de mala salud; sin embargo, el hecho de haber cotizado aumenta en 3,1% la probabilidad de percibir una buena salud.

Las variables que miden la masa corporal del individuo, mediante el índice de masa corporal (imc), resultaron ambas significativas y con los signos esperados, siendo más importante, en cuanto a magnitud, la indicativa de una menor masa corporal, $imc < 18,5$ (imcbajo) aumentando en 13,3% la probabilidad de percibir una mala salud y disminuyendo en 15,3% la probabilidad de percibir una buena salud. A su vez, el tener un imc superior a 35 aumenta en 6,4% la probabilidad de percibir una mala salud y disminuye en 8,6% la probabilidad de percibir una buena salud.

La variable que captura información respecto de la actividad física del individuo se denota por $seden_1$, la cual asume el valor 1 si realiza ejercicio por lo menos una vez al año. La variable es significativa y muestra el signo esperado. El hecho de que un individuo tenga actividad física disminuye la probabilidad de percibir una mala salud en un 7,9%, mientras que aumenta en un 14,7% la probabilidad de percibir una buena salud.

La variable que intenta medir el impacto del hacinamiento resulta ser significativa. El hacinamiento en que vive el individuo está medido mediante una variable continua que mide la cantidad de personas por dormitorio. Así, ante un aumento de un 1% en el nivel de hacinamiento se espera que la probabilidad de percibir una mala salud aumente en un 1,8%, a su vez ante un aumento de un 1% en el nivel de hacinamiento se espera que la percepción de buena salud disminuya en 2,9%.



Tabla 3.1

Efectos marginales estadísticamente significativos de tener mala, regular y buena salud en Modelo Probit ordenado

Variable	Mala			Regular			Buena		
	dy/dx	P>z		dy/dx	P>z		dy/dx	P>z	
arriendo	-0,0770	0.000	(***)	-0,0430	0.000	(***)	0,1200	0.000	(***)
cotiz*				-0,0110	0.084	(*)	0,0319	0.096	(*)
imcbajo*	0,1338	0.016	(**)	0,0192	0.050	(**)	-0,1530	0.001	(***)
imcsob~1*	0,0645	0.054	(*)	0,0217	0.000	(***)	-0,0862	0.024	(**)
seden1*	-0,0795	0.000	(***)	-0,0677	0.000	(***)	0,1472	0.000	(***)
hacina	0,0189	0.001	(***)	0,0105	0.002	(***)	-0,0295	0.001	(***)
redsoc~1*	-0,0261	0.019	(**)	-0,0157	0.030	(**)	0,0419	0.022	(**)
r13*	-0,0563	0.000	(***)	-0,0337	0.001	(***)	0,0900	0.000	(***)
r9*	-0,0418	0.033	(**)	-0,0313	0.093	(*)	0,0731	0.055	(**)
r5*	-0,0458	0.007	(***)	-0,0341	0.032	(**)	0,0799	0.015	(**)
asma*	0,1399	0.000	(***)	0,0228	0.000	(***)	-0,1627	0.000	(***)
depre*	0,0965	0.001	(***)	0,0255	0.000	(***)	-0,1220	0.000	(***)
diabete*	0,1696	0.000	(***)	0,0265	0.000	(***)	-0,1961	0.000	(***)
cardio*	0,1343	0.000	(***)	0,0286	0.000	(***)	-0,1629	0.000	(***)
cancer*	0,2641	0.000	(***)				-0,2415	0.000	(***)
artri*	0,1461	0.000	(***)	0,0333	0.000	(***)	-0,1794	0.000	(***)
renal*	0,1719	0.000	(***)				-0,1853	0.000	(***)
derrame*				0,0221	0.000	(***)	-0,1229	0.070	(*)
mental*	0,3188	0.003	(***)				-0,2638	0.000	(***)
tension*	0,0677	0.000	(***)	0,0344	0.000	(***)	-0,1022	0.000	(***)

Fuente: Elaboración propia.

(***) 99% de confianza; (**) 95% de confianza; (*) 90% de confianza.

Columna variable: (*) indica variable dicotómica.

La participación en distintos tipos de organizaciones o la pertenencia a redes sociales es medida por la variable *redsoc1*, la cual asume el valor 1 si el individuo participa en al menos una organización social. De este modo, el hecho de participar en organizaciones sociales impacta positivamente en la percepción de salud de las personas. En efecto, la participación social disminuye en un 2,6% la probabilidad de percibir una mala salud y aumenta en 4,1% la probabilidad de percibir su salud como buena.

Finalmente, como se observa en la Tabla 3.1, prácticamente todas las variables que miden la prevalencia de problemas crónicos de salud son altamente significativas

y son las que en mayor medida determinan la percepción de un determinado estado de salud por parte de los adultos mayores.

4. Conclusiones

Como se desprende de los resultados, en su gran mayoría las áreas de política pública que se sugieren a partir de este artículo no tienen que ver directamente con políticas dirigidas a los AM, sino más bien con intervenciones realizadas a lo largo de todo el ciclo de vida de los individuos. De este modo, políticas que apunten a mejorar la salud en tramos inferiores de



edad tendrán un efecto positivo cuando los individuos lleguen a la vejez.

Los resultados que se han discutido en este trabajo deben entenderse como la consecuencia de una determinada estructura social, asociada a los denominados determinantes estructurales de la salud, sobre la cual un conjunto de personas que hoy catalogamos como adultos mayores reprodujeron sus vidas. En ese sentido, no pueden entenderse como el resultado "natural" o "lógico" de la vejez, por el contrario, es esa "naturalidad" expresada en los denominados determinantes estructurales lo que se requiere modificar de manera de impactar positivamente en la salud del AM, ese es el sentido del enfoque de determinantes sociales de la salud.

Debe tenerse presente la estructura de datos con la cual se están modelando los determinantes sociales del estado de salud autopercibido, que corresponden a una muestra de corte transversal, por lo cual es posible realizar inferencias respecto de la magnitud de impactos de los determinantes considerados, pero no evaluar su impacto temporal, lo cual sólo sería posible en el contexto de una modelación a partir de una estructura de datos de panel.

En promedio, la probabilidad de que un adulto mayor perciba su salud como mala aumenta a medida que: tiene un índice de masa corporal inferior a 18,5 o mayor a 35; aumenta el grado de hacinamiento; que tiene diagnósticos previos de: asma, depresión, diabetes, hipertensión, problemas cardíacos, cáncer, artritis o artrosis, problemas renales y mentales.

En promedio, la probabilidad de que los AM perciban su salud como buena aumenta a medida que: aumenta el valor del arriendo real o potencial del lugar de residencia; que hayan cotizado en su vida laboral; que realicen ejercicio por lo menos una vez al año; que participen en organizaciones sociales o comunitarias; que vivan en la región metropolitana, novena o quinta región.

Una manera de impulsar políticas públicas que tengan el mayor impacto en la percepción de buena salud de los AM es el incentivo de programas que tengan por objetivo prevenir o neutralizar la aparición o intensidad de malestares según corresponda de los siguientes problemas de salud: problemas mentales, cáncer, problemas renales, artritis o artrosis, diabetes, problemas cardíacos.

En este sentido es posible que la EPS 2006 y las siguientes muestren mejoras en estos aspectos,



particularmente en los asociados a problemas GES¹³ en régimen a contar del 1 de julio del 2005, tales como: Insuficiencia renal crónica terminal; Cáncer cervicouterino; Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos; Infarto agudo al miocardio; Diabetes Mellitus tipo I; Diabetes Mellitus tipo II; Cáncer de mama; Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa; Esquizofrenia; Cáncer de testículo; VIH/Sida; Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más; Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más. Así como también las incorporadas a partir del 1 de julio del año 2006, tales como: Cáncer Gástrico en personas de 40 años y más; Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más; Vicios de refracción personas de 65 años y más; Retinopatía diabética; Depresión en personas de 15 años y más; Ortesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más; Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio¹⁴.

Desde la perspectiva de los determinantes sociales, aparece como altamente deseable poder incentivar programas que aumenten las capacidades y cualificación de las personas de manera tal que cuando pasen los 60 años, puedan enfrentar de la mejor manera este período de la vida; incentivar la realización de

¹³ Aun cuando los problemas de salud que se mencionan tienen vigencia a partir de julio 2006 y puede suceder que la información no esté bien internalizada en los adultos mayores (la EPS 2006 se levantó a fines del año 2006 y comienzos del 2007), lo cual neutralizaría el impacto de la incorporación de estos problemas dentro de las GES.

¹⁴ Como fuere, los resultados de este estudio muestran lo pertinente de la incorporación de estos problemas de salud dentro de las GES para la percepción de salud de los adultos mayores de Chile.



actividad física, y generar buenas condiciones de trabajo ad hoc a la edad.

Desde el punto de vista de los AM que perciben su salud como mala, podemos concluir que la orientación de políticas públicas que mayor impacto podrían tener en dicha percepción serían la de idear políticas que incentiven el ejercicio entre los AM, el generar condiciones para el desempeño laboral en condiciones ad hoc a la edad; el incentivar la participación social y comunitaria de los AM.

Como desafíos de investigación futuro, está el poder determinar con claridad el impacto de la incorporación de determinados problemas GES con impacto en adultos mayores en la percepción del estado de salud y calidad de vida de los mismos.

Finalmente, se hace necesario avanzar en la modelación de las interrelaciones explícitas que demanda el enfoque de determinantes sociales, de manera de aprovechar la potencia conceptual del mismo y afinar las conclusiones e implicancias que de él se deriven.

5. Referencias bibliográficas

- Azpiazu, M.; Cruz, A.; Villagrasa, L.; Abanades, C.; García, N. y Alvear, F. (2002): Factores asociados al mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76, N° 6: 683-699.
- Blanco, C. (2006): Desigualdad de la renta y nivel de salud de los individuos en España. Documentos de investigación del Programa de Doctorado en Economía Aplicada, Universidad Autónoma de Barcelona. Noviembre 2006.
- Borrell, C. Rohlfs, I.; Artazcoz, L. y Muntaner, C. (2004): Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?. *Gaceta Sanitaria*, mayo 2004. Volumen 18 - Número Supl.2 pp. 75-82.
- FONASA (2007): Diagnóstico de la situación de las personas adultas mayores en Chile. Grupo de Trabajo Intersectorial del Adulto Mayor (GTIAM). Documento de Trabajo, septiembre 2007.
- Gallegos, K.; García, C.; Durán, C.; Reyes, H. y Durán, L. (2006): Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos de México. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(5): 792-801.
- Gerdtham, U. and Johannesson, M. (1997): New estimates of the demand for health: results based on a categorical health measure and Swedish micro data. Working Paper Series in Economics and Finance N° 205, 1-19. Department of Economics, Stockholm School of Economics, Stockholm, Sweden.
- Green, W. (1999): *Análisis Económico*. Prentice Hall Iberia, Madrid. Tercera Edición.
- Grossman, M. (1972): On the concept of health capital and demand for health. *The Journal of Political Economy*, Vol. 80, N° 2, pp. 223-255.
- Grossman, M. (1999): The human capital model of the demand for health. Working Paper 7078, National Bureau of Economic Research.
- Grossman, M. (2000): The human capital model. En *Handbook of health economics*, Volume 1A, pp. 347-408. Editors: Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse.
- Minsal (2005): Los objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Ministerio de Salud de Chile. Segunda Edición enero 2005.
- Montero, R. (2005): Los vínculos entre salud y nivel educativo en España: Una aproximación empírica. Documento de Trabajo N° 06/2005, Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Granada.
- Pascual, M. y Cantarero, D. (2007): "Diferencias regionales en salud en España: Un estudio empírico". *Revista Asturiana de Economía*, por publicar: 87-109.
- Pindyck, R. y Rubinfeld, D. (1980): *Modelos Económicos*. Labor Universitaria, Manuales. España.
- Prieto, J., Romero, D. y Álvarez, S. (2002): Estado de salud y participación laboral de las personas mayores. Papeles de Trabajo N° 15/02. Instituto de Estudios Fiscales, Madrid/España.
- Séculi, E.; Fuste, J. y Brugulat, P. (2001): Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria* 15 (3): 217-223.
- Regidor, E. (2001): La clasificación de clase social de Goldthorpe: Marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Revista Española Salud Pública* 2001; 75, N° 1: 13-22.
- Rossi, M. y Triunfo, P. (2004): El estado de salud del adulto mayor en Uruguay. Documento de Trabajo N° 14/04, Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Uruguay.
- Todd, R.; Rossi, M. y Triunfo, P. (2006): El estado de salud del adulto mayor en América Latina. Documento de Trabajo N° 20/06, Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Uruguay.
- Todd, R.; Rossi, M. y Triunfo, P. (2006a): El estado de salud de los jóvenes uruguayos. *Cuadernos de Economía*, Vol. 43 (Noviembre): 235-250.
- Tovar, L. (2005): Determinantes del estado de salud de la población colombiana. *Economía, Gestión y Desarrollo* N° 3: 125-151, octubre 2005. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana Cali-Colombia.



Despedida de la Jefa de la DIPLAS, Dra. Ximena Aguilera

La Dra. Ximena Aguilera, Jefa de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) a la cual pertenece el DESAL, dejó nuestro Ministerio recientemente, para asumir importantes responsabilidades en la OPS. En efecto, el 10 de marzo asumió como Jefe de la Unidad de Enfermedades Transmisibles en el Área de Vigilancia Sanitaria y Atención de Enfermedades, en la oficina de Washington.

La partida de la Dra. Aguilera tiene un especial significado para nosotros. Asumió la DIPLAS desde su creación, División que incorporó al DESAL, para que junto a otros departamentos, como Epidemiología, Estadísticas e Información en Salud, el Centro de Documentación y la Unidad de Patrimonio Cultural constituyeran una División que entregase un sólido apoyo a la toma de decisiones del Minsal. Su mirada abierta y su genuino interés por la comprensión de la disciplina de la economía de la salud, jugaron un rol clave en favorecer la contribución que el DESAL podía hacer

a este Ministerio. También durante su periodo se incorpora a este Departamento, la Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial.

Como Departamento, queremos desearle mucho éxito en su nueva aventura profesional. Estamos seguros que continuará contribuyendo a nuestro sector con excelencia, como lo ha hecho permanentemente, ahora desde la plataforma de los organismos internacionales.



De izquierda a derecha:
Dra. Jeanette Vega, Subsecretaria de Salud Pública; Fabiola Rosso, DESAL; Patricio Cárdenas, DIPLAS; Dra. Ximena Aguilera, ex jefa DIPLAS y Carla Castillo del DESAL.

Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud: una innovación estadística reconocida internacionalmente

La semana del 7 al 11 de abril pasado se realizó, en la ciudad de Washington DC, la Capacitación Regional: Herramientas para la Gestión de Microdatos en el marco de la Iniciativa del programa Acelerado de Datos -ADP, organizada por el Banco Mundial, PARIS 21 y la OCDE. A esta actividad fueron invitados los responsables de programas estadísticos de América Latina y el Caribe que participaron en el Premio Regional a la Innovación Estadística.

El Ministerio de Salud de Chile participó de dicho Premio con el Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud, quedando entre los programas estadísticos preseleccionados y siendo invitado al curso su responsable, el Sr. David Debrott Sánchez, Jefe de la Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial de este departamento.



Noticias 2008

Seminario Impacto de una Pandemia de Influenza

El día 24 de abril del presente año se llevó a cabo en Santiago el Seminario "Impacto Económico y Social de una Pandemia de Influenza" organizado por el Ministerio de Salud, la Confederación de la Producción y el Comercio y la Fundación Chilena del Pacífico. Este seminario se enmarca dentro del Plan de Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza, que establece los lineamientos generales para reducir el impacto de una pandemia en

el país y el compromiso de la APEC con la mantención de la continuidad económica de los países.

El seminario tuvo como objetivo principal "informar a los empresarios sobre las consecuencias y cuáles serían las acciones que se deben implementar a este nivel, antes, durante y después de una eventual pandemia, para lograr una mejor respuesta frente al riesgo que supone esta enfermedad, que puede, entre otros, afectar a empleados, proveedores y clientes de una empresa y limitar su capacidad de operación, adquisición de recursos y oportunidades de venta".

Una de las intervenciones realizadas en este evento estuvo a cargo de Carla Castillo, economista del Departamento de Economía de la Salud, quien presentó el trabajo realizado en conjunto con Ciro Ibáñez (también economista del DESAL) "Estimación del Potencial Impacto Económico Sanitario de la Pandemia de Influenza Aviar en Chile". Un resumen de este artículo en que se presenta este trabajo está disponible en el número anterior de este boletín. Para acceder a una versión extendida, visitar <http://163.247.51.38/desarrollo/css/desal/index.htm>



En la foto: Carla Castillo, Economista DESAL.

El DESAL en Reunión de la Comisión Intergubernamental de Salud y Desarrollo de Mercosur en Buenos Aires

Los días 10 y 11 de junio se realizó bajo la Presidencia Pro Tempore de Argentina la reunión presencial de la Comisión Intergubernamental de Salud y Desarrollo (CISD) del Mercosur y Países Asociados. En dicha oportunidad se revisaron dos proyectos en los que Chile tiene compromisos: el Proyecto de Cuentas de Salud (responsable) y un nuevo proyecto de Determinantes Sociales en Salud (corresponsable). Asistieron del DESAL David Debrott y Sylvia Galleguillos.



En la foto: participantes reunión de CISD de Mercosur.



La Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial participa del "Seminario Internacional sobre Cuentas Nacionales de Salud: Promoviendo la Red Latinoamericana de Cuentas Nacionales de Salud (Red/Lac)"

Durante los días 24, 25 y 26 de abril se realizó el "Seminario Internacional sobre Cuentas Nacionales de Salud: Promoviendo la Red Latinoamericana de Cuentas Nacionales de Salud (Red/Lac)" en la localidad de Bayahibe, La Romana, República Dominicana. Esta actividad fue organizada por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) de República Dominicana, el Instituto Carso de Salud de México, la Fundación Mexicana para la Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Durante esta jornada los países de Argentina, Perú, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Costa Rica,

República Dominicana, Guatemala, México y Chile expusieron los avances y desarrollo de sus respectivas Cuentas de Salud. Además se profundizó en algunos aspectos específicos de Cuentas de Salud, como son las Subcuentas de VIH/SIDA o Salud Reproductiva.



En la foto: participantes del Seminario Internacional sobre Cuentas Nacionales de Salud.

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
Dra. Jeanette Vega Morales

Jefa (s) División Planificación Sanitaria
Dra. Danuta Rajs Grzebien

Jefa Departamento de Economía de la Salud
Economista Sylvia Galleguillos Burgos

Editor Responsable
Economista Ciro Ibáñez Gericke

Comité Editorial
Economista Sylvia Galleguillos B.
Economista David Debrott S.
Economista Carla Castillo L.
Ing. Comercial Fabiola Rosso Ch.

