



Economía y Salud

En esta edición

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE INTERVENCIONES DE SALUD

- Conceptos básicos en Evaluación Económica
- Las características y los tipos de evolución económica
- Consideraciones relevantes de las evaluaciones económicas

LA CUENTA SATÉLITE DE SALUD, CSS, SERIE 2003-2007

- Cuentas Nacionales y Cuentas Satélites
- Cuenta Satélite de Salud para Chile: Cobertura, agentes según sectores institucionales y actividades económicas
- Cuenta Satélite de Salud, serie 2003-2007: Principales resultados

ESTUDIO DE VERIFICACIÓN DE COSTOS EN EL MARCO DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

- Etapas Legales
- Estudios de Verificación de Costo Esperado por Beneficiario del conjunto priorizado con Garantías Explícitas

MARCO ANALÍTICO PARA EL ANÁLISIS DE LA AUTORIDAD SANITARIA Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

- Introducción
- Actores institucionales y la población
- Elementos para la discusión de Modelos de Gestión de las ASR

NOTICIAS DESTACADAS

- Publicación de la primera Cuenta Satélite de Salud para Chile
- Cuarto Congreso de Economía de la Salud de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 20 al 22 de enero de 2010



Volumen 2
N° 1 Santiago - Junio de 2009
ISSN 0718-5294

Editorial
www.minsal.cl/desal

Durante el mes de marzo se ha puesto en el debate público la falta de competencia en el negocio de "retail" farmacéutico. Una de las tres grandes cadenas de farmacias (FASA), que controlan más del 90% de las ventas a público de medicamentos, ha reconocido ante la Fiscalía Nacional Económica (FNE) haber participado en un acuerdo de colusión con las otras dos cadenas (Cruz Verde y Salco-Brand) para alzar los precios de alrededor de 220 productos. Mediante un preacuerdo de conciliación que busca minimizar las penas que podría imponerle el Tribunal de la Libre Competencia (TLC), FASA ha entregado información clave para configurar el delito económico. La reacción de la sociedad chilena ante este tipo de prácticas ha sido unánime.

Desde la perspectiva de la Salud Pública el tema llama a una profunda reflexión y pone de manifiesto la necesidad de fortalecer el rol de la Autoridad Sanitaria y promover medidas de regulación económica en materias de salud. El problema suscitado no solo debe ser abordado desde la óptica de la falta de competencia, sino también desde un enfoque sanitario.

Detrás de cada consumidor individual que ha tenido que enfrentar precios monopólicos, hay un hogar que ha visto aumentado su gasto de bolsillo, poniendo en riesgo el mejoramiento de su estado de salud y deteriorando sus condiciones generales de vida, en la medida en que gastos catastróficos en salud aumentan la probabilidad de caer bajo la línea de la pobreza. La efectividad de buena parte de las intervenciones sanitarias depende del acceso a medicamentos, de allí que uno de los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 sea la disminución del gasto de bolsillo como proporción del ingreso de los hogares. Como ha sido demostrado en numerosos estudios sobre el tema a nivel nacional e internacional, el principal componente del gasto en salud es el gasto en medicamentos, representando alrededor de 57% en los hogares más pobres y un 39% en los más ricos (I quintil versus V quintil).

Visto en esta perspectiva, el aporte desde la economía de la salud no puede limitarse al estudio de dichos mercados. Junto a la labor de investigación en dicha materia debemos promover activamente la implementación de medidas de regulación económico-sanitaria que garanticen la salud de la población. Esta función la hemos denominado **Análisis Sectorial y Regulación Económica** en salud. Con una orientación complementaria a la anterior, esperamos incluir en ediciones posteriores nuestra labor en materia de **planificación económica** en salud.

En esta edición del Boletín **Economía y Salud**, además de destacar el rol rector de la Autoridad Sanitaria a propósito del tema farmacéutico, queremos dar a conocer la importancia de los estudios en el campo de la evaluación económica en salud. En esta línea se incluye una breve reseña de su aplicación y alcance metodológico.

Hemos incluido en este número un breve descripción del proceso de desarrollo del Estudio de Verificación de Costos (EVC) para las nuevas Garantías Explícitas en Salud (AUGE80), actualmente en ejecución.

Se presenta un ensayo donde se propone un marco para el análisis de la Autoridad Sanitaria y las políticas públicas, destacando los principales desafíos que implica su fortalecimiento.

Finalmente, nos complace presentar algunos resultados agregados y analíticos de la Cuenta Satélite de Salud 2003-2007, iniciativa que comienza a instalarse como una de las funciones permanentes en materia de **producción de estadísticas económicas** de salud, a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública.

Esperamos que los trabajos de divulgación aquí contenidos promuevan el debate de aspectos económicos inherentes al sector salud y que contribuyan a comprender de mejor forma la complejidad y amplitud del rol de la Autoridad Sanitaria.



Evaluación Económica de Intervenciones de Salud

Marianela Castillo Riquelme*
marianela.castillo@minsal.cl

La economía de la salud aplica los principios económicos en el estudio de la atención de la salud. Se enfoca en la relación entre entradas (recursos) y salidas (resultados) de la atención en salud, cuyos principios operan tanto a nivel micro como macro.

Debido a la existencia de recursos limitados todas las sociedades tienen que tomar decisiones acerca de qué servicios de salud proveer, cuánto proveer y qué no proveer. Dentro de la Economía de la Salud, la subdisciplina Evaluación Económica es un conjunto de técnicas que se usan para medir los costos y los beneficios de las distintas alternativas de intervenciones de salud, como, por ejemplo, los distintos tratamientos para una enfermedad en particular.

Para obtener los beneficios potenciales que brinda la Evaluación Económica en la asignación de recursos en el sistema de salud de un país se requiere llevar

a cabo estudios detallados. Es por esto que en la actualidad existe una mayor exigencia por parte de los proveedores de salud (los gobiernos, las agencias internacionales y los aseguradores de salud) de que la toma de decisiones acerca de la introducción, financiamiento o garantía de nuevas intervenciones de salud considere información proporcionada por estudios de evaluación económica.

I. Conceptos básicos en Evaluación Económica

Para entender los principios subyacentes a esta disciplina es necesario revisar algunos conceptos que se fundan en la ciencia económica y que en este contexto se aplican a los cuidados de salud.

Costo de Oportunidad y Costo Económico

Costo de Oportunidad es el beneficio que se deja de percibir cuando se decide usar los recursos con un propósito en vez de otro. Por ejemplo, si una enfermera nueva integra un equipo de atención primaria, la decisión de asignarle funciones de inmunizaciones puede impedir que se le asignen funciones de cuidados prenatales. El costo de oportunidad de aumentar el número de niños vacunados se puede medir en función de las mujeres embarazadas que podrían haber sido atendidas por control prenatal. Similares *trade-offs* pueden darse en el uso de pabellones quirúrgicos donde la decisión de realizar ciertas intervenciones va a impedir que se realicen otras. Así el concepto de costo de oportunidad debería promover decisiones de asignar recursos donde se obtenga el mayor provecho de ellos. En Evaluación Económica el Costo Económico se define como el valor de los recursos usados para proveer un resultado, como por ejemplo, una consulta médica. El concepto de Costo Económico trata de



* Economista, Investigadora del Departamento de Economía de la Salud.



reflejar el costo de oportunidad de los recursos, por esto no debe confundirse con precio, costo contable o costo financiero.

Resultados o efectividad (*outcomes*)

En Evaluación Económica se parte de la premisa de que se incurre en costos económicos para obtener beneficios de salud. Hay distintos tipos de beneficios de salud, a todos los cuales llamaremos resultados (o *outcomes* en inglés). Por ejemplo, el resultado de proveer tratamiento quirúrgico de cataratas puede ser medido como la mejoría en la visión del paciente. Asimismo, el resultado de dializar pacientes con insuficiencia renal crónica se puede medir por la extensión de su esperanza de vida. Estos resultados o efectividad se obtienen de estudios epidemiológicos. Otros resultados de las intervenciones son también el mejoramiento en la calidad de vida y las ganancias relativas a la productividad económica del paciente. La evaluación de resultados es uno de los aspectos más complicados de un estudio, pero es crucial en el proceso de priorización de intervenciones. Sin medidas de resultado no se puede evaluar si los recursos están siendo canalizados hacia actividades beneficiosas.

Eficiencia

En Evaluación Económica la eficiencia se puede definir como la maximización de resultados para un nivel de recursos dado. Hay dos tipos de eficiencia: la eficiencia de distribución (o de asignación) y la eficiencia técnica.

La eficiencia de distribución busca hacer lo correcto, es decir, priorizar las acciones de salud que a nivel poblacional maximizan los beneficios.

La eficiencia técnica en tanto busca hacerlo correctamente, es decir, una vez determinadas las prioridades, busca lograr el objetivo con el mínimo de costos.

Así, por ejemplo, la eficiencia de distribución indicaría si asignar recursos a atención primaria en vez de hospitales de especialidades, o priorizar la vacuna contra el virus del papiloma humano en vez del tratamiento para esclerosis múltiple. Por otro lado, la eficiencia técnica se encargará de explorar la mejor forma de incrementar

la cobertura de inmunizaciones, o la mejor alternativa para evitar muertes por cáncer cervicouterino.

Equidad

En la mayoría de los sistemas de salud existen políticas explícitas en favor de la equidad. La equidad se puede definir como el deseo de ser justo en la distribución de cuidados de salud en la población, independiente de su capacidad de pago. Existen dos dimensiones de equidad en salud. La equidad horizontal se refiere a proveer igual acceso a intervenciones de salud para aquellos que tienen las mismas necesidades o problemas de salud. Mientras que la equidad vertical enfatiza que las personas con distintas necesidades de salud deberían ser tratadas en forma distinta. En esta última dimensión de equidad se genera una discriminación a favor de aquellos grupos de población que tienen mayores necesidades de salud.

Trade-off entre eficiencia y equidad

Si bien tanto la eficiencia como la equidad son objetivos centrales en salud pública, es bien sabido que a veces para conseguir equidad hay que sacrificar eficiencia. Esto se puede ilustrar con la existencia de hospitales rurales en zonas de baja densidad de población. Ciertamente los costos en relación a los resultados serán mayores, pero ésta puede ser la única forma de proveer intervenciones de salud a esta población y generar condiciones de equidad en relación a quienes se atienden en centros urbanos.

II. Las características y los tipos de evolución económica

Los estudios de evaluación económica parten de una perspectiva de análisis, es decir, una primera pregunta que se debe contestar es ¿Desde qué punto de vista se conduce el estudio? Un estudio con perspectiva social considerará todos los costos y resultados que afectan a distintos miembros de la sociedad. Un estudio desde la perspectiva del proveedor será más acotado en los costos y beneficios que considerará. Así también la perspectiva de análisis puede ser del asegurador,



del paciente o del gobierno. Para que un estudio sea considerado una evaluación económica debe incluir al menos dos intervenciones a comparar, aun cuando una de ellas sea "no hacer nada" para ese problema de salud. Normalmente, una intervención que incluye una nueva tecnología o medicamento se evalúa en relación a un tratamiento base existente. Evaluaciones de costos y/o de efectividad de una sola intervención se consideran estudios parciales y no evaluaciones económicas completas.

Existen cuatro tipos de evaluación económica:

- Análisis de Costo Minimización (o minimización de costos)
- Análisis de Costo Efectividad
- Análisis de Costo Utilidad
- Análisis de Costo Beneficio

La selección del tipo de evaluación económica a implementar depende del objetivo específico del estudio y de la medida de resultado o *outcome* relevante para las intervenciones a comparar. Así, la diferencia entre los tipos de análisis corresponde a la forma de medir y expresar los resultados o las ganancias en salud.

Los estudios de minimización de costos comparan alternativas que supuestamente tienen los mismos resultados y por ende se busca la alternativa de menor costo.

Los estudios de costo efectividad miden los resultados en medidas específicas de la enfermedad o en unidades naturales de resultados en salud, tales como: niveles de colesterol reducidos, infecciones prevenidas o vidas salvadas.

Los estudios de costo utilidad expresan los resultados en unidades multidimensionales que consideran tanto morbilidad (y su discapacidad asociada) como

Figura 2.1

Proceso seguido por una evaluación económica





esperanza de vida (o mortalidad prematura). Estas medidas, al ser más genéricas, permiten comparar resultados de distintas intervenciones de salud. Ver nota sobre QALYs y DALYs.

Por último los estudios de costo beneficio expresan los resultados en términos monetarios, es decir a los

beneficios de salud se les aplica una valuación monetaria, esto, aunque a veces es controversial, permite comparar intervenciones de salud con inversiones en otros sectores sociales.

La Figura 2.1 muestra un diagrama con el proceso que implica llevar a cabo un estudio.

Nota sobre QALYs y DALYs:

En los estudios de costo utilidad los resultados son medidos en Años de Vida Ajustados por la Calidad (Quality-Adjusted Life Years, QALYs en inglés) o Años de Vida Ajustados por la Discapacidad (Disability-Adjusted Life Years, DALYs en inglés).

Los QALYs se crearon para medir el impacto que tienen las intervenciones sobre la salud de las personas. Esta medida surge en Inglaterra en los años setenta y su aplicación clásica sobre Injerto de Bypass de Arteria Coronaria fue publicada por Allan Williams en 1985. Los QALYs han sido usados más frecuentemente en países desarrollados.

Los DALYs, cuyo enfoque es en la enfermedad, tienen su origen en los estudios de carga de enfermedad iniciados por el Banco Mundial (con la Universidad de Harvard) en 1993 y luego adoptados por la Organización Mundial de la Salud. Los DALYs han sido usados más ampliamente en países en desarrollo.

En esencia, estas medidas tratan de poner en una misma vara la morbilidad y la mortalidad (ya sea desde la salud o desde la enfermedad), para entregar una medición más amplia de los estados de salud, de manera de permitir la comparación entre las ganancias en salud que generan distintas intervenciones.

Los QALYs corresponden a los años vividos ajustados por un factor de calidad de vida relativa a la salud (HRQoL en inglés). Un año de vida con salud perfecta se homologa a un QALY, mientras que un año vivido en un estado de salud no perfecta se pondera en menos de un QALY.

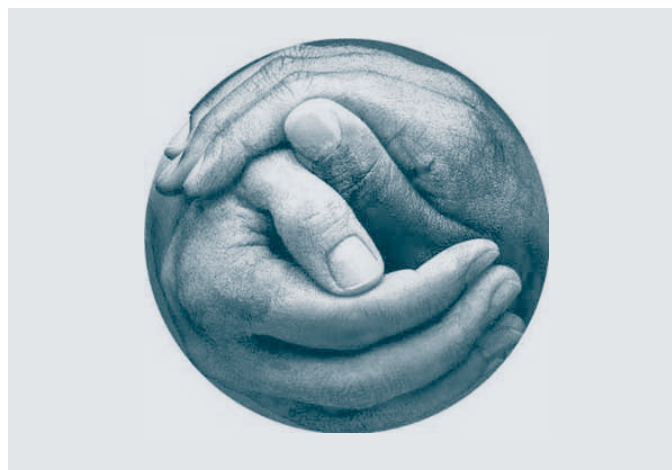
Por el contrario, los DALYs corresponden a los años de vida perdidos, ya sea por discapacidad como por muerte prematura. Así, un DALY puede corresponder a la acumulación de la discapacidad sufrida en varios años vividos. Tanto QALYs como DALYs se miden en una escala de 0-1. Pero mientras un DALYs es un mal que queremos evitar, un QALYs es un bien que queremos ganar.

Al estimar QALYs y DALYs la esperanza de vida se puede derivar de estudios epidemiológicos, modelamiento o tablas de vida. En tanto la calidad de vida relativa a la salud en QALYs o los pesos por discapacidad en DALYs se obtienen a través de otros estudios donde tanto las experiencias de los pacientes (en caso de QALYs) como de los expertos clínicos se consideran. En la metodología de QALYs se aplican cuestionarios a pacientes, mientras que la metodología de DALYs ha usado mayormente juicio de expertos.



III. Consideraciones relevantes de las evaluaciones económicas

La realización de estudios de evaluación económica conlleva el manejo de tecnicismos y métodos para llevar a cabo cada uno de los análisis involucrados en un estudio de este tipo. Los resultados o *outcomes* pueden ser diversos y muchas veces el analista debe traducir medidas intermedias de resultados en medidas más finales (ejem. QALYs, DALYs). Así, las fuentes de datos deben analizarse minuciosamente (especialmente cuando se trata de datos secundarios) y los supuestos deben quedar claramente establecidos. El análisis de costos implica identificar, medir y valorar todos los recursos que forman parte de una intervención para lo cual existen métodos acotados (ver Drummond et al. 2005); se debe tener en cuenta la temporalidad tanto de los costos como de los *outcomes* para poder expresarlos (por medio de una tasa de descuento) en un valor presente. La interpretación de las relaciones costo resultado y *ratios* incrementales no es menos compleja y necesita ser discutida en el contexto del estudio, teniendo en cuenta las debilidades y supuestos del análisis. Así, se debe analizar el grado de incertidumbre de los resultados a través de un análisis de sensibilidad. Finalmente, se debe puntualizar que los estudios de costo efectividad u otro tipo de Evaluación Económica es sólo un aspecto (que sintetiza efectividad y costos) entre varios otros aspectos a ser considerados por los tomadores de decisiones al momento de evaluar la implementación o la mayor cobertura de las intervenciones de salud.



IV. Referencias

- Drummond et al. 2005. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (3th edn). Oxford University Press: Oxford.
- Murray, C.J.L., 1994. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years, *Bulletin of the World Health Organization*, 72 (3): 429-445.
- Williams, A. 1985. Economics of coronary artery bypass crafting. *British Medical Journal*. Volume 291: 326-329.
- World Bank, *World development report 1993: investing in health*. Oxford University Press.



La Cuenta Satélite de Salud, CSS, serie 2003-2007

Reseña y principales resultados

Rafael Agacino*
ragacino@minsal.cl

I. Cuentas Nacionales y Cuentas Satélites

Las Cuentas Nacionales, CC.NN., son un instrumento estadístico-contable utilizado por los países para medir la actividad económica y la creación de riqueza a través de la actividad productiva. El marco conceptual y metodológico actualmente en uso en la mayoría de los países y también en Chile es proporcionado por el Sistema de Cuentas Nacionales de 1993, SCN 93¹, recomendado por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas a los Estados y organismos internacionales.

A un nivel muy general, el Sistema se estructura en base a dos dimensiones: los Sectores Institucionales y las Ramas de Actividad. Todos los agentes económicos quedan simultáneamente adscritos al menos a un sector institucional y a una rama de actividad y, en consecuencia, las transacciones que realizan son registradas en referencia a un sector y una rama según proceda. Los sectores institucionales se denominan Sociedades no financieras, Sociedades financieras, Gobierno general, Hogares, Instituciones sin fines de lucro y Resto del mundo, y las Ramas de Actividad se denominan según diversas taxonomías que generalmente tienen como base la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas, CIU.

Las transacciones realizadas por los agentes económicos, sean éstas de mercado o "no mercado", reales o financieras, registradas por las CC.NN. según sector institucional y rama, se organizan de acuerdo a un conjunto de cuentas que, junto a las especificaciones anteriores, conforman el llamado "marco central" del SCN. Estas cuentas se denominan Cuentas Económicas Integradas e incluyen las Cuentas corrientes (producción y generación, distribución

y utilización del ingreso), las de Acumulación (de capital y financieras) y las de Balance (saldos de apertura y cierre de activos y pasivos).

Por otra parte, el mismo SCN 93 considera lo que se denomina las Cuentas Satélites, CS. Este tipo de cuentas se orientan al tratamiento en detalle de un área específica, por lo cual involucran desde reordenamientos de información respetando el marco central de CC.NN. hasta modificaciones conceptuales y metodológicas mayores que amplían dicho marco. El caso típico de estas CS son las de Turismo, Medio Ambiente, Tecnologías de Información y Comunicaciones, Salud, etc.

La utilidad de las CS, además de su uso específico como recurso analítico de un área de interés, es su potencialidad como instrumento de coordinación y de validación estadística.

Un caso específico es la CS de Salud, CSS, la cual sirve para responder, entre otras, la interrogante respecto a la magnitud y composición del gasto y consumo en salud. Esto supone, desde el punto de vista metodológico, definir la cobertura o alcance del área salud, lo cual exige decidir qué tipo de bienes y servicios, qué actividades de inversión y qué tipo de transferencias se deberán incluir como parte de esta área de interés.

En el caso de la CSS para Chile, se combina el enfoque centrado en productos y actividades con el enfoque centrado en la finalidad del gasto, lo cual implicó una ampliación de las actividades y productos en relación a aquellos que el marco central de CC.NN. incluye como propios de este ámbito. Naturalmente esto se expresa en que una serie de agentes económicos y sus transacciones son reclasificadas con la finalidad de mostrar una visión global del objeto de análisis definido para la CS².

* Investigador del Departamento de Economía de la Salud. Se agradecen comentarios y sugerencias de Alain Palacios, Ciro Ibáñez y David Debrott, los dos primeros investigadores y el último Jefe del Departamento de Economía de la Salud, DESAL.

¹ Véase NN.UU. (1993).

² El equipo productor de la CSS se ha beneficiado enormemente de su participación en el grupo técnico que discutió el Manual de Cuentas Satélite de Salud de OPS. Varias de las opciones metodológicas, todas consistentes con el SCN 93, han sido consideradas en el diseño y medición de la CSS para Chile. Véase OPS (2005).



En el punto siguiente se muestra en detalle la cobertura de la CSS para Chile, su estado de avance a la fecha y los ámbitos que están en desarrollo en la perspectiva de completar la medición de esta importante área de interés.

II. Cuenta Satélite de Salud para Chile: Cobertura, agentes según sectores institucionales y actividades económicas

La CSS incluye, por una parte, un núcleo de transacciones realizadas por agentes cuya clasificación por actividad y sector coincide con la descrita en las Cuentas Nacionales, CC.NN.³, y por otra, una serie de movimientos relacionados con la salud pero no considerados dentro de dicha clasificación; sus agentes y sus transacciones son materia propia de la CSS y reflejan su mayor cobertura respecto de CC.NN.

En el Cuadro 2.1 se clasifican los principales agentes que realizan tales transacciones según actividad económica y sectores institucionales de acuerdo a las convenciones usadas en las CC.NN. de Chile.

En la fila correspondiente a la actividad de Servicios Sociales y Personales –que incluye las subactividades de Salud pública y Salud privada– se señalan los principales agentes clasificados según su pertenencia a los sectores institucionales definidos por el SCN 93. Esta fila y sus agentes corresponden a lo que el sistema de CC.NN. de Chile define y mide como el sector salud.

La inclusión de las transacciones realizadas por agentes vinculados a la salud pero que según la norma de SCN 93 quedan clasificados en comercio, actividades financieras o administración pública, es el agregado que realiza la Cuenta Satélite de Salud al área sanitaria. Tales agentes desarrollan actividades directamente relacionadas con el sector Salud: aseguramiento (v. g.: ISAPRES), provisión de servicios sanitarios (clínicas, centros médicos, etc.) o regulación y/o gestión general (Superintendencia de Salud, SIS, o el propio MINSAL), por lo cual una visión económica más completa de la actividad sanitaria nacional no puede dejar de considerarlas.

3 Para las definiciones generales de las CC.NN. de Chile, véase BCCH (2006), pág. 121.

Sobre este núcleo de actividades/sectores institucionales, centrales y satélites, se procede a generar las cuentas corrientes (producción, generación, distribución y utilización del ingreso) y de acumulación (de capital y financieras). Cada una de estas cuentas, con independencia de la agregación que utilicen para el cálculo, provee un conjunto de variables clave para el análisis económico sectorial.

Actualmente la Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial, UCSAS, del Departamento de Economía de la Salud, DESAL, ha avanzado significativamente en la construcción de la CSS para Chile. Este avance se ha materializado en la producción de la serie de la Cuenta Satélite de Salud 2003-2007⁴, puesta recientemente a disposición de los investigadores y público interesado. Esta cubre la mayor parte de la actividad económica sectorial realizada por los agentes señalados en el Cuadro 2.1, salvo los casos cuya cobertura explícitamente se señala como provisionalmente faltante.

Desde el punto de vista de la provisión de servicios de Salud Pública y de la rectoría y regulación sanitaria, esta serie presenta una cobertura prácticamente completa⁵, por lo cual solo resta la incorporación de los servicios de atención de salud “extrasistema”, es decir, generados por los establecimientos del sector privado.

En lo que sigue se reseñan algunos de los principales resultados de dicha serie.

III. Cuenta Satélite de Salud, serie 2003-2007: Principales resultados

1. Valor agregado bruto y gasto en salud

En el año 2007 el valor agregado bruto (VAB) sectorial medido por la Cuenta Satélite de Salud, CCS, alcanzó \$1,27 billones⁶, equivalentes al 1,5% en el PIB país. Esta participación se ha mantenido prácticamente constante en el 2003-2007 cubierto por la CSS.

4 Véase MINSAL (2009).

5 En la actual versión de la CSS, los servicios sanitarios proporcionados por las FF.AA. y de Orden (Hospitales institucionales) así como los de otras instituciones (CONIN, Hospital Clínico de U. de Chile, Instituto Médico Legal y Hospitales de CODELCO) no están contabilizados. Véase Cuadro 2.1.

6 Entiéndase billón en español, es decir; millón de millones.



Cuadro 2.1

Cobertura de Cuenta de Salud en Chile. Agentes principales clasificados según Actividad y sector institucional.

	Sectores institucionales	Sociedades financieras	Sociedades no financieras	Unidades del Gobierno	Instituciones sin fines de lucro	Hogares	Resto del mundo
Actividades							
Agropecuario-silvícola							
Construcción			INFORMACION PARCIAL: Empresas constructoras especializadas.				
Comercio			INFORMACION PARCIAL: Farmacias, tiendas especializadas (prótesis, etc.).	COBERTURA ACTUAL: CENABAST			
Intermediación financiera y servicios empresariales		COBERTURA ACTUAL: ISAPRES			INFORMACION PARCIAL: Mutuales de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (seguros)		
Servicios sociales y personales (Salud pública y privada)			FALTANTES: Clínicas, Centros Médicos, Laboratorios Clínicos, Centros de Imagenología, Centros de Diálisis.	COBERTURA ACTUAL: Establecimientos del SNSS, APS (municipalizada). FALTANTE: CONIN, Hospital Clínico de U de Chile, Hospitales de las FFAA y de Orden (Min. de Defensa), IML (M. de Justicia), Hospitales de CODELCO.	FALTANTES: Hospitales de las Mutuales de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (en tanto proveedores), Teletón, Hogar de Cristo, otras.	NO CONSIDERADOS: Profesionales indep. de la salud (médicos, odontólogos y otros profesionales)**	
Administración pública				COBERTURA ACTUAL: FONASA, Subsecretaría de Salud Pública-SEREMIS, Subsecretaría de Redes Asistenciales, ISP, SIS.			

CENABAST: Central Nacional de Abastecimiento;
 ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional;
 APS: Atención Primaria de Salud Municipalizada;
 SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud;
 ISP: Instituto de Salud Pública;
 CONIN: Corporación para la Nutrición Infantil;
 Fuente: CSS 2003-2007, MINSAL (2009).

FONASA: Fondo Nacional de Salud;
 SIS: Superintendencia de Salud;
 MINSAL: Ministerio de Salud;
 IML: Instituto Médico Legal;
 CODELCO: Corporación Nacional del Cobre.
 (**): No incluidos en el Proyecto de CSS para Chile.

**Cuadro 3.1**

*PIB y VAB sector salud según cobertura de la Cuenta Satélite de Salud
Años 2003-2007*

	2003	2004	2005	2006	2007
PIB y sector salud (millones de pesos corrientes)					
PIB a pm.	51.156.415	58.303.211	66.192.596	77.651.822	85.639.827
VAB Salud subsector público	742.443	820.091	897.320	1.010.164	1.158.700
VAB Salud subsector de seguros privados	85.827	109.329	123.999	125.811	107.878
Total sector salud según cobertura CSS	828.270	929.420	1.021.319	1.135.976	1.266.578

Tasa de participación del VAB salud (porcentajes sobre PIB)

Total sector salud según cobertura CSS	1,6*	1,6	1,5*	1,5	1,5
VAB Salud subsector público	1,5	1,4	1,4	1,3	1,4
VAB Salud subsector de seguros privados	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1

Fuente: PIB, Cuentas Nacionales de Chile 2003-2006, BCCh (2008); VAB Salud: CSS, 2003-2007, MINSAL (2009). (*)Suma de tasas no cuadra por redondeo de cifras.

Al desagregar las cifras por subsectores "público" y "privado"⁷ se constata que el primero explica 1,4 puntos porcentuales de dicha tasa, mientras el segundo, los aseguradores privados (ISAPRE), único segmento privado hasta ahora medido por la CSS, explica la décima porcentual restante.

Por su parte, en el año 2007 el Gasto Público en salud –término frecuentemente utilizado como proxy de la actividad– alcanzó \$2,25 billones, equivalentes a un 2,6% del PIB del mismo año. De esa tasa, 2,4 puntos porcentuales corresponden a Gasto Corriente y 0,2 puntos porcentuales a Gasto en Formación de Capital Fijo (inversión bruta).

Las cifras de Gasto Público total que se reportan bajo esta metodología no difieren significativamente de las

reportadas en las Estadísticas de Finanzas Públicas como Gasto Funcional en Salud, considerando que en ellas se encuentra contabilizado, además, el gasto en servicios sanitarios realizados por las Fuerzas Armadas y de Orden. Para el año 2007 la cifra reportada por la Dirección de Presupuestos como Gasto Funcional en Salud fue un 3,0% del PIB⁸.

En el caso de los seguros privados resulta relevante considerar que, bajo la metodología del SCN 93, estas instituciones no realizan Gasto de Consumo Final. Al contribuir en el financiamiento de las atenciones de salud de sus beneficiarios, estas entidades están realizando una operación de distribución de ingreso secundaria, como es el pago de una Prestación Social⁹.

⁷ En la presente serie el "subsector público" incluye el conjunto de organismos dependientes del MINSAL y la APS, excluyendo por ahora los señalados en la nota anterior. Por su parte, el sector privado solo incluye a las ISAPRES, restando por incorporar el segmento privado de proveedores de atención sanitaria. Véase nuevamente Cuadro 2.1.

⁸ Véase Ministerio de Hacienda (2008).

⁹ Esta observación y la inmediatamente anterior se deben a Alain Palacios, investigador del DESAL del MINSAL.



Cuadro 3.2

Gasto público en salud según cobertura de la Cuenta Satélite de Salud
Años 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Gasto público total (millones de pesos corrientes)					
Gasto de Consumo Final	1.017.297	1.151.999	1.256.714	1.485.032	1.737.875
Prestaciones sociales pagadas	202.458	226.311	249.325	295.762	349.428
Gasto Corriente	1.219.755	1.378.311	1.506.039	1.780.794	2.087.330
Gasto de Capital (FBK)	45.100	49.296	76.443	121.368	164.302
Gasto Total del Sector Público en Salud	1.264.855	1.427.607	1.582.482	1.902.162	2.251.633
Tasa de participación del gasto público en salud (porcentajes sobre PIB)					
Total de gasto público total	2,5	2,4	2,4	2,4	2,6
Gasto corriente	2,4	2,4	2,3	2,3	2,4
Gasto en capital fijo	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2

Fuente: PIB, Cuentas Nacionales de Chile 2003-2006, BCCh (2008); Gasto Salud: CSS, 2003-2007, MINSAL (2009).

2. Composición del valor agregado bruto sectorial. Participación de los subsectores público y privado

Respecto de la composición del VAB sectorial, la CSS muestra que el subsector público produce en torno al 89% del VAB de salud, mientras el subsector privado el 11% restante. Esta marcada diferencia en la contribución al producto sectorial se explica por las restricciones de cobertura de la serie de la CSS ya comentadas. En efecto, mientras el subsector público se cubre casi completamente –atención primaria y hospitalaria, y funciones de abastecimiento, regulación y aseguramiento–, el área privada solo contabiliza una fracción de los agentes y actividades: las ISAPRES, agentes privados en la actividad seguros de salud, excluyendo los proveedores privados de atención sanitaria¹⁰.

Desde el punto de vista del subsector público, los resultados obtenidos muestran que las actividades de Atención Primaria Municipalizada y Hospitalaria explican la mayor parte del valor agregado bruto en salud: 21% y 64% como promedio respectivamente. Esta composición del producto, a pesar que la tasa de participación del subsector no cambie bruscamente, se modifica en el período, mostrando un aumento de la tasa de participación de la atención primaria y una marcada disminución de la de especialidad (hospitalaria).

La disminución relativa observada en la atención de especialidad (hospitalaria) se explica en parte por el efecto contable que se deriva del proceso de Reforma que trasladó las funciones de Salud Pública desde los Servicios de Salud a las SEREMIS de Salud, dependientes éstas de la Subsecretaría de Salud Pública. Este cambio es ostensible a partir del año 2005.

¹⁰ Véase *supra* nota 7.

**Cuadro 3.3**

*Tasa de participación del Valor Agregado Bruto por actividad sanitaria, años 2003-2007
(porcentajes sobre VAB salud)*

Actividad	2003	2004	2005	2006	2007	2007-2003
Atención Ambulatoria de nivel primario	19,4	19,2	20,9	21,9	23,7	21,0
Atención Hospitalaria	67,5	66,4	62,2	62,0	62,9	64,2
Abastecimiento público de salud	0,2	0,2	0,1	0,4	0,1	0,2
Regulación y rectoría pública sanitaria	1,8	1,9	3,9	4,0	4,1	3,2
Seguridad social en salud	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7
Subsector público	89,6	88,2	87,9	88,9	88,2	89,2
Seguros previsionales privados de salud (ISAPRES)	10,4	11,8	12,1	11,1	11,8	10,8
Subsector seguros privados (ISAPRES)	10,4	11,8	12,1	11,1	11,8	10,8
Total sector salud según cobertura CSS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: CSS, 2003- 2007, MINSAL (2009).

3. La dinámica sectorial. Crecimiento promedio anual del VAB sectorial

Por otra parte, la actividad económica de salud cubierta por la CCS mostró un fuerte crecimiento real entre 2004 y 2007, sobrepasando en todos los años la expansión mostrada por el país. Esta dinámica ha sido sostenida principalmente por el subsector público, sobre todo en

los dos últimos años, por cuanto el producto del subsector de seguros privados ha mostrado una abrupta caída en el 2006 y 2007.

Las cifras nominales deflactadas por IPC muestran que la actividad pública creció al 8,6% promedio anual entre 2004 y 2007; y la actividad de aseguramiento privado, afectada por tasas negativas en los dos últimos años, lo hizo solo en 4,1% por año.

Cuadro 3.4

*PIB y VAB por subsector salud, años 2003 a 2007
(tasas de variación real anual y promedio)*

	2004	2005	2006	2007	2004-2007
País (PIB a p m)	6,0	5,6	4,3	5,1	5,3
Sector salud según cobertura CSS. (*)	11,0	6,6	7,6	6,8	8,0
Subsector público (*)	9,3	6,2	8,9	9,9	8,6
Subsector de seguros privados (ISAPRES) (*)	26,1	10,1	-1,9	-17,9	4,1

Fuente: PIB, Cuentas Nacionales de Chile 2003-2007, BCCh (2008); CCS, 2003-2007, MINSAL (2009).

(*) Cifras nominales deflactadas según IPC.



4. La inversión sectorial. La formación bruta en capital fijo

Desde el punto de vista de la acumulación, el sector salud muestra una tasa de inversión bruta en activos fijos muy por debajo de la tasa observada para el país: solo un 43% de la tasa global (8,6% versus 20,1%).

A excepción del año 2007, la desagregación del sector salud entre agentes públicos y privados permite constatar trayectorias un tanto contradictorias: por un parte, una lenta dinámica de acumulación del subsector Gobierno general y, por otra, una franca desinversión en el caso de los aseguradores privados (ISAPRES) cuya tasa media es

negativa, o si se considera el período completo, es positiva pero insignificante: 2,4% promedio por año.

Las brechas observadas en las tasas de inversión bruta global y la sectorial, o bien, entre las de los subsectores público y privado, se explican en buena parte por la misma razón aducida para las diferenciales de las tasas de participación en el VAB: la restricción en la cobertura del subsector privado. En efecto, es plausible suponer que si se incluyera la inversión fija del subsector privado proveedor de servicios –clínicas, centros médicos, laboratorios, etc.– la tasa media de inversión del sector salud se elevaría, a la vez que se cerraría la brecha observada entre las tasas de ambos subsectores.

Cuadro 3.5

*Tasa de inversión bruta fija, país y por subsector salud, años 2003 a 2007
(tasas anuales y trienales sobre PIB país y VAB sectorial)*

	2003	2004	2005	2006	2007	2007-2003
País (*)	20,1	19,3	21,2	19,5	20,6	20,1
Sector salud según cobertura CSS. (**)	5,9	5,1	7,9	10,1	13,9	8,6
Subsector público (**)	6,1	6,0	8,5	12,0	14,2	9,4
Subsector de seguros privados (ISAPRES) (**)	4,8	-1,7	3,4	-5,5	10,8	2,4

(*) FBKF sobre PIB a pm; *fuentes:* Cuentas Nacionales de Chile 2003-2007, BCCh (2008).

(**) FBKF sobre VAB sector salud; *fuentes:* CSS 2003-2007, MINSAL (2009).

5. La estructura del financiamiento del subsector Gobierno general en salud

El subsector público de salud contó con \$2,3 billones el año 2007 para su financiamiento. De estos, un 94,1% correspondió a financiamiento de operación corriente y un 5,9% a financiamiento de inversión. En cuanto al financiamiento corriente (94,1%), 37 puntos porcentuales son explicados por cotizaciones, 5 puntos porcentuales por copagos de los usuarios de la Modalidad de Libre Elección del FONASA y poco más de 52 puntos porcentuales por Transferencias realizadas con recursos del Gobierno Central (impuestos generales) y de las Municipalidades (tributos locales).

En un marco de expansión de las disponibilidades de financiamiento –tendencia coherente con el aumento del VAB y del Gasto Público sanitario observado entre los años 2003 y 2007– la composición del financiamiento se ha modificado ostensiblemente. Esta modificación se manifiesta en una disminución del peso relativo de las fuentes provenientes de los hogares (cotizaciones y copagos de la “modalidad libre elección” de FONASA) y en un aumento de las fuentes fiscales, incluidos en éstas los desembolsos para inversión.

Sumando las fuentes privadas (hogares) y las públicas, se constata que el peso de las primeras disminuye de 47,2% a 41,7% entre 2003 y 2007 respectivamente y las segundas aumentan de 52,9% a 58,3% en igual período.

**Cuadro 3.6**

*Financiamiento del subsector público en salud, años 2003 a 2007
(montos nominales y porcentajes)*

	2003	2004	2005	2006	2007
Financiamiento público total (millones de pesos corrientes)					
Contribuciones sociales (cotizaciones)	525.371	567.127	649.400	747.055	843.664
Copagos usuarios (MLE)	108.703	110.146	108.946	113.719	117.361
Otras transferencias corrientes netas	676.708	758.334	868.340	1.026.421	1.207.321
Total Financiamiento corriente	1.310.782	1.435.607	1.626.686	1.887.195	2.168.377
Transferencias netas de capital	34.559	41.101	65.388	99.554	136.357
Total Financiamiento sector publico	1.345.341	1.476.708	1.692.074	1.986.749	2.304.734
Composición por fuente de financiamiento (porcentaje sobre financiamiento total)					
Contribuciones sociales	39,1	38,4	38,4	37,6	36,6
Copagos	8,1	7,5	6,4	5,7	5,1
Otras transferencias corrientes netas	50,3	51,4	51,3	51,7	52,4
Transferencias netas de capital	2,6	2,8	3,9	5,0	5,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: CSS, 2003- 2007, MINSAL (2009).

IV. Referencias Bibliográficas

Banco Central de Chile (2006): Cuentas Nacionales de Chile, Compilación de Referencia 2003. BCCh, Santiago, Chile, noviembre.

Banco Central de Chile (2008): Cuentas Nacionales 2003-2007. BCCh, Santiago Chile, mayo.

Ministerio de Salud (2009): Cuenta Satélite de Salud (Gobierno General y Subsistema ISAPRE). Chile 2003-2007, MINSAL-DESAL, Santiago.

Ministerio de Hacienda (2008). Estadísticas de las Finanzas Públicas 1998-2007, DIPRES, Santiago, Chile, junio.

Naciones Unidas (1993). Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN93). Preparado por el Grupo Intersecretarial de Trabajo sobre Cuentas Nacionales; Bruselas, Luxemburgo, Nueva York, París, Washington D.C.

Organización Panamericana de la Salud (2005): Manual de Cuentas Satélites de Salud (CSS), versión 1. Serie HO. Documento preparado por Magda Ascues, Markela Castro y Carmen Reyes, con la colaboración de la Dra. Amparo Gordillo (2005). OPS, Washington D.C.



Estudio de Verificación de Costos en el marco de las Garantías Explícitas en Salud

Berenice Freile Gutiérrez*

bfreile@minsal.cl

I. Introducción

La Ley 19.966 o Régimen General de Garantías en Salud, publicada en el año 2004, permitió implementar las garantías explícitas de la Reforma de Salud en forma gradual a partir del año 2005. Las Garantías Explícitas en Salud (GES) es el derecho que otorga la Ley a todos los afiliados de FONASA e ISAPRE, y sus respectivas cargas, para ser atendidos en condiciones especiales que garantizan su acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, en caso de sufrir cualquiera de los problemas de salud definidos.

En una primera etapa, en el año 2005 se incorporaron los primeros 25 problemas de Salud con GES. Luego, en el año 2006, se adicionan 15 nuevos problemas, con lo cual se llega a 40. En el año 2007 se agregan 16 problemas, hasta obtener los 56 problemas de salud GES actualmente vigentes.

Se pretende para el año 2010 tener 80 patologías incorporadas en GES, para lo cual se requiere cumplir con las etapas establecidas en la Ley 19.966 y en el Decreto 121 del año 2005, que aprueba el Reglamento asociado.

II. Etapas legales

Para mejor comprensión de las etapas que deben cumplirse para aprobar las Garantías Explícitas en Salud, se ha diseñado un flujograma en base a la Ley 19.966 y el Decreto 121, el que se muestra en la Figura 2.1.

* Ingeniera Civil Industrial, Investigadora del Departamento de Economía de la Salud.

III. Estudios de verificación de costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con Garantías Explícitas

Historia

Como se aprecia en la Figura 2.1, los Estudios de Verificación de Costo (EVC) se realizan según se indica en el Art. 15 de la Ley 19.966.

Le corresponde a la Subsecretaría de Salud Pública dirigir y coordinar el proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud y las prestaciones asociadas, mediante un estudio convocado para tales efectos (DL 121 Art. 14).

Hasta el día de hoy se han efectuado dos estudios de este tipo: el año 2005 adjudicado a Bitrán y Asociados y el año 2007 adjudicado a la Escuela de Economía y Negocios de la Universidad de Chile.

Situación actual

Nuevamente este año se convocó a un EVC, con el fin de ampliar los problemas de salud desde 56 a 80 en el año 2010. El estudio ha sido licitado en enero del 2009, en que se presentaron siete ofertas y se ha adjudicado a Bitrán y Asociados por una Comisión Evaluadora de dichas ofertas en la que participaron representantes de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, la Superintendencia de Salud, el Gabinete del Ministro de Salud, el Gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la División de Planificación Sanitaria, el Departamento de Epidemiología, el Departamento de Economía de la Salud y una Asesora Externa.



Figura 2.1

Flujograma del proceso legal a seguir para la fijación de las GES

Ministerio de Hacienda	Fija el marco de los recursos disponibles para financiamiento en FONASA y el valor de la Prima Universal, en UF, al que deben ajustarse las Garantías. (Art 12 Ley)
Ministerio de Salud	<p>Determinación de las GES, las que no podrán generar un costo esperado individual promedio pertinente, del conjunto de beneficiarios FONASA e ISAPRE, estimado para un período de 12 meses, significativamente diferente de la Prima Universal calculada por el Ministerio de Hacienda. (Art 12 Ley)</p> <p>La propuesta 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 la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad. Para ello se deberán desarrollar estudios epidemiológicos, entre otros carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno. (Art 13 Ley)</p> <p>La propuesta GES se someterá a un proceso de verificación del costo esperado por beneficiario del conjunto priorizado con garantías explícitas, mediante un estudio contratado a terceros. (Art 15 Ley)</p>
Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud	<p>La propuesta será sometida a la consideración del Consejo Consultivo para que emita su opinión a través de un informe. Luego, los Ministros lo analizarán y considerarán para la elaboración del proyecto definitivo de Garantías, mediante decreto. (Art 17 Ley), (DL121 Art 18, Art 21)</p> <p>Los cambios en el valor de la Prima Universal no podrán ser superiores a la variación experimentada por el Índice General Real de Remuneraciones por hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las GES que se está modificando y el nonagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga esta modificación. (Art 18 DL)</p>
Presidente de la República	El o la Presidente de la República establecerá las Garantías, mediante decreto supremo el que deberá ser suscrito, además, por los Ministros de Salud y Hacienda. (DL121 Art 23)

En marzo 2009 comenzó el estudio y se ha designado una Contraparte Técnica Ministerial, a cargo de la División de Planificación Sanitaria, que está conformada por el Departamento de Economía de la Salud, el Departamento de Epidemiología, la División de Prevención y Control de Enfermedades, la División de Gestión de Redes Asistenciales, la Superintendencia de Salud, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda y una Asesora Externa. La finalización del EVC 2009 está prevista para septiembre; después de esto se presenta a la Audiencia Pública.

IV. Referencias

- Ley 19.966 publicada el año 2004.
- Decreto Ley 121 publicado el año 2005.



Marco analítico para el análisis de la Autoridad Sanitaria y las políticas públicas: Elementos para la discusión de un sistema de gestión integral para la Autoridad Sanitaria Regional¹

Ciro Ibáñez*
cibanez@minsal.cl

I. Introducción

Desde la puesta en régimen de la Reforma de Salud se han constatado importantes obstáculos en la instalación de las autoridades sanitarias regionales, entre los cuales los más evidentes han sido los referidos a la infraestructura básica y la disponibilidad de cuadros profesionales claves para el cumplimiento de las funciones de salud pública asignadas por la Ley de Autoridad Sanitaria. No obstante que muchos de estos problemas se han ido solucionando desde el año 2005 a la fecha, se van haciendo visibles otro sinnúmero de desafíos que se hace necesario ir develando y asumiendo por el conjunto de los profesionales de la salud pública, los cuales se derivan del análisis de proceso de producción social de salud en un contexto de globalización y de cómo la actual organización de la salud pública en nuestro país se desenvuelve.²

En este ensayo se formula en términos generales una propuesta de marco analítico donde se identifica un conjunto de desafíos de gestión de la Autoridad Sanitaria (AS) atinentes a su nivel central y regional. En la tercera parte se esbozan conceptos de interés para abordar, en otra oportunidad, la discusión de un sistema de gestión integral en el nivel de Autoridad Sanitaria Regional (ASR).

* Economista, Investigador del Departamento de Economía de la Salud.

¹ El contenido de este ensayo ha sido expuesto en múltiples reuniones de trabajo con profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública del nivel central y de las Seremis de las cuales se han extraído lecciones y comentarios. Para efectos de este ensayo se agradecen los comentarios expresados por Marianela Castillo, profesional del DESAL, Jaime Neira R., profesional del Servicio de Salud Araucanía Sur, y Lucy Poffald del Gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública. No obstante, las opiniones vertidas son de exclusiva responsabilidad del autor

² Una relación entre el contexto en que se desenvuelve la salud pública y la organización de la misma para el caso español se analiza en Artundo, C. y Rivadeneyra, A. (2008).

II. Actores institucionales y la población

Desde una perspectiva global hemos propuesto un marco analítico de referencia que nos permita explicitar las áreas críticas para la gestión en la ASR, como asimismo las relaciones entre los distintos ámbitos institucionales relacionados, todo lo cual lo hemos entendido en un continuo que vincula dinámicamente los aspectos que determinan los lineamientos de la política pública en salud, así como su necesaria expresión presupuestaria. Esto es lo que podemos sintetizar en la Figura 2.1, donde los espacios institucionales básicos que se identifican son la Dirección de Presupuestos (DIPRES), la Subsecretaría de Salud Pública y las Seremis, todas las cuales deben tener relación con el análisis de situación de salud de la población, a las cuales estas instituciones deben responder a través del diseño, implementación y evaluación de políticas públicas.

La identificación de los espacios institucionales nos permite visualizar las áreas de desafíos críticos para la gestión de las Seremis en relación a los mismos. El punto de entrada es el análisis de situación de salud de la población, del cual se derivan los objetivos sanitarios y otras prioridades establecidas por la Subsecretaría de Salud Pública, los cuales se deben traducir en determinadas políticas públicas. Son estos lineamientos de política los que deben ser discutidos con la DIPRES de manera que estos tengan expresión presupuestaria. De este modo se identifica en primer lugar el área de **financiamiento**, la cual relaciona a los tres espacios institucionales. En efecto, se observa una relación entre la DIPRES y la Subsecretaría de Salud Pública, a la vez que se observa también la relación entre la Subsecretaría y las Seremis. El punto básico de debate y negociación en este caso es la discusión presupuestaria que está centrada en el monto de aporte fiscal y las metas de ingresos de operación, que en su conjunto determinan el financiamiento global de la Subsecretaría de Salud Pública y las Seremis.

Una segunda área crítica es la de la **asignación de recursos**, la cual hay que entenderla en dos espacios. En efecto, en



primer lugar, dado que las Seremis son unidades institucionales desconcentradas, pero que dependen jerárquicamente de la Subsecretaría de Salud Pública, es esta última la que tiene atribuciones en términos del financiamiento de cada una de ellas, por lo tanto la pregunta que ésta tiene que resolver es cuánto es el financiamiento que corresponde a cada Seremis. En un segundo nivel, cada Seremis debiera resolver cuáles son las áreas o líneas de acción que se financiarán.

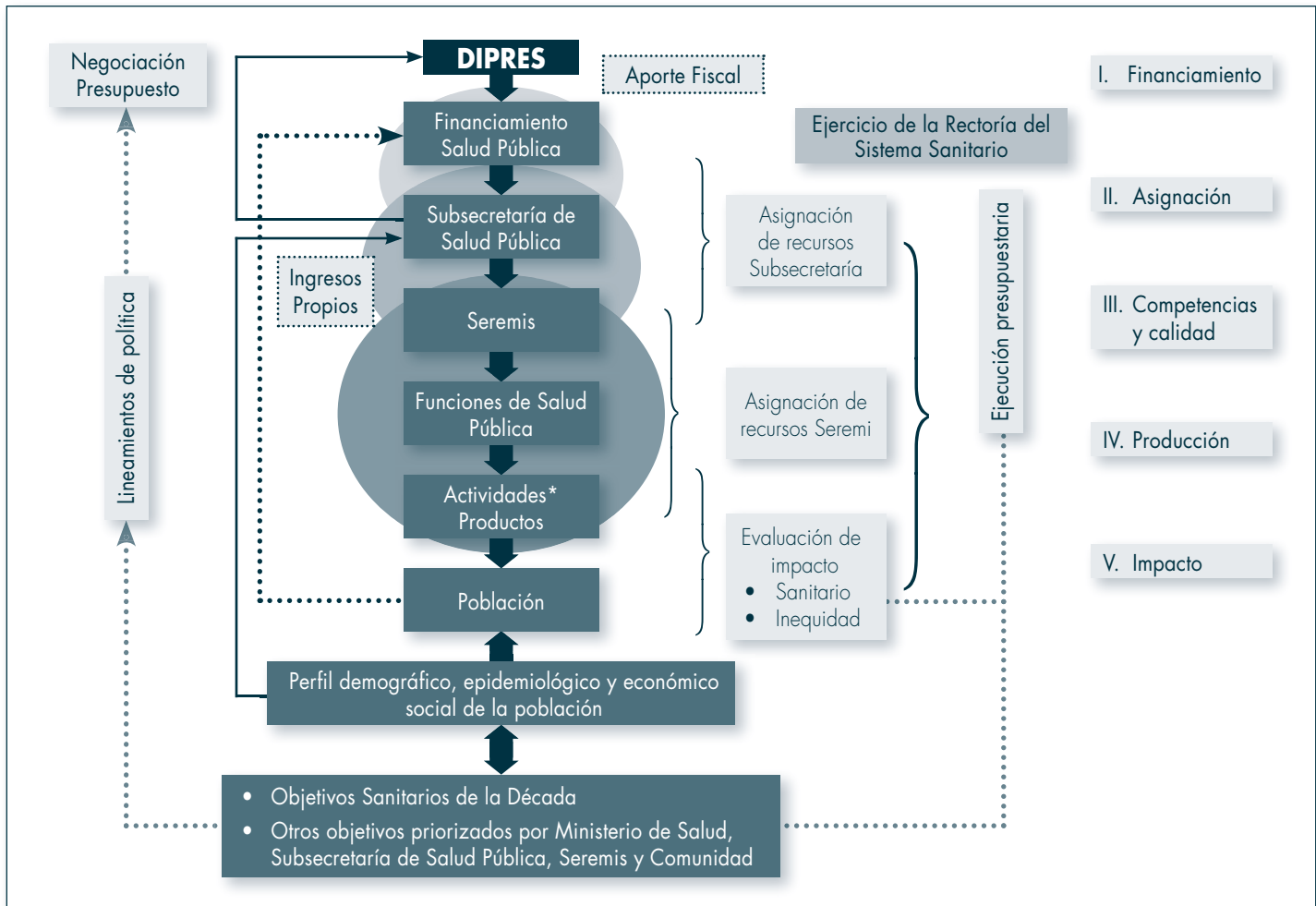
Una tercera área es la de las **competencias** requeridas para el ejercicio de las funciones de salud pública, con lo cual se quiere "significar un conjunto de conocimientos, habilidades

y actitudes necesarias para que un profesional de la salud pública desarrolle adecuadamente las funciones y actividades que le son propias"³. Y la de los **estándares de calidad**, esto se refiere al "conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas"⁴.

Una cuarta área crítica es la del sistema de **registro estadístico** de las Seremis. Esta área surge a partir de la constatación de que en años anteriores la actividad realizada en las Seremis o no estaba siendo registrada o este registro era de una calidad cuestionable. Esta área en la actualidad está

Figura 2.1

Marco analítico para el análisis de los problemas críticos de gestión en la ASR



Fuente: Elaboración propia.

3 Benavides, F. et al. (2006: p. 239).

4 Guix, J. (2005: p. 325).



siendo abordada por el desarrollo del proyecto “Sistema de Información para la Gestión de las Seremi” coordinado por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), con participación de los profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública del nivel central y de las Seremi. Este proyecto aborda el problema del registro propiamente y también el problema de los indicadores de gestión tanto desde la perspectiva de la Subsecretaría de Salud Pública como de las Seremis, razón por la cual se convierte en un proyecto de alto interés para el análisis y propuesta de un Sistema Integral de Gestión en las Seremis.

Una quinta área crítica la constituye el ámbito de la **evaluación de impacto** de las políticas públicas en las cuales tienen injerencia las Seremis. Esta evaluación de impacto se entiende por lo menos en dos dimensiones de interés, como son el impacto en la salud de las personas y en la disminución de las inequidades en salud.

Por supuesto hay áreas críticas que no están explícitas en la Figura 2.1 y que son de la mayor importancia, tales como el **trabajo intersectorial**, la **participación ciudadana**, el **modelo de fiscalización sanitaria** y la **articulación con las redes asistenciales**, las cuales también se identifican como áreas a abordar en un modelo de gestión.⁵

Hasta el momento hemos identificado y descrito brevemente las áreas críticas de gestión, pero ¿qué es lo que le da coherencia a todas estas áreas? La coherencia debe estar dada por el ejercicio de la política pública y su expresión presupuestaria. En efecto, los lineamientos de política deben

derivarse del análisis del perfil demográfico, epidemiológico y económico social de las poblaciones de cada uno de los territorios de referencia de las Seremis, lo cual en la actualidad se expresa, en términos de objetivos y lineamientos en los Objetivos Sanitarios de la Década y en las prioridades establecidas por el Ministerio de Salud y la Subsecretaría de Salud Pública, como es en este último caso la adopción creciente del enfoque de determinantes sociales de la salud, en el análisis de los problemas de salud de la población y en las implicancias para el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas que de ello se derivan⁶. Son estos lineamientos los que deben estar refrendados por una ejecución presupuestaria coherente con los mismos. De esta manera cerramos el círculo de problemas de gestión que se tratan de expresar simplificada en la Figura 2.1.

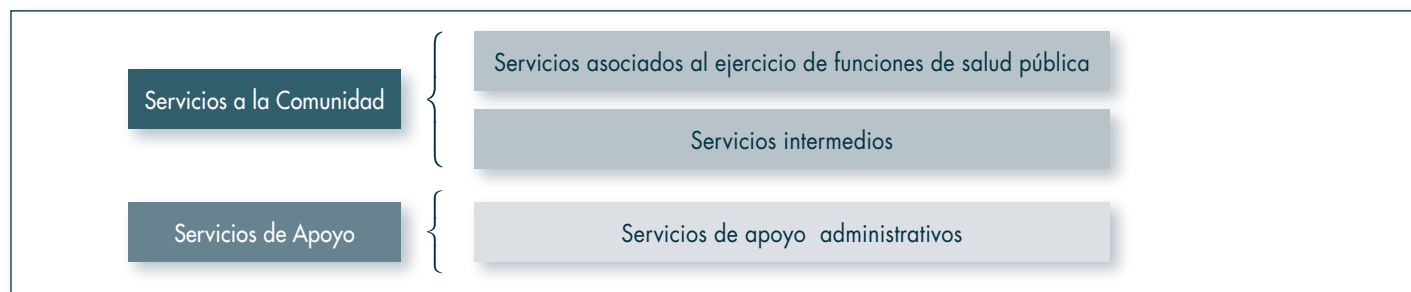
III. Elementos para la discusión de Modelos de Gestión de las ASR

Cuando nos interrogamos acerca de un modelo de gestión integral para la ASR necesitamos adentrarnos en los procesos internos de ellas y sus relaciones con su entorno social e institucional. En esta oportunidad sólo esbozaremos brevemente algunas ideas.

Cuando acotamos los problemas de gestión a las Seremis, es necesario poder tener una mirada general de las mismas o construir una “imagen” de Seremis tipo⁷, a modo de propuesta general, presentamos en la Figura 3.1 una Seremis tipo:

Figura 3.1

Organización funcional de una Seremis tipo



Fuente: Elaboración propia

⁵ Muchas de estas áreas críticas también las encontramos, en términos de la necesidad de su incorporación en el quehacer diario de la salud pública en otros países, para el caso español ver, por ejemplo, Moreno, J. (2002).

⁶ Esto último es de la mayor importancia, por cuanto debiera incorporarse en la definición de los lineamientos de política a la participación organizada e informada de la población.

⁷ Muy ilustrativo para este efecto es el análisis presentado en Aboal, J. et al. (2008) y Villalbí, J. et al. (2007).



La Figura 3.1 trata de expresar en términos generales las áreas que debe abordar cada Seremi, donde se consideran los servicios asociados al ejercicio de las funciones de salud pública, los servicios intermedios y los servicios de apoyo. Qué es lo que se considera en cada una de estas áreas funcionales, es un ejercicio por realizar, y debe ser parte de una discusión que involucre a las autoridades, directivos y profesionales de la salud pública. Sea como se llegue a tales definiciones, la discusión de un modelo integral de gestión tiene por fin poder establecer orientaciones respecto de un conjunto heterogéneo de actividades.⁸ Pero, ¿para qué?

Este para qué nos remite a definir a quién responde, para quién “produce” y qué produce la ASR. El nivel de respuesta a estas interrogantes no es abstracto, por el contrario, es muy concreto, operativo y permite referenciar a la organización. En efecto, esta referenciación establece claramente las relaciones que ella mantiene con su entorno institucional y social.⁹

De este modo empiezan surgir los conceptos de “accionistas”, que serán quienes “deciden qué recursos nos asignan y qué fines nos plantean”¹⁰. Qué se entiende por “cliente”, serán aquellos actores a quienes destinamos nuestros esfuerzos, que se traducen en nuestros productos y servicios, los cuales serán de distinta naturaleza y habrá que conocerlos y explicitarlos¹¹.

La importancia de los “clientes” es que nos permite avanzar en la cualificación del tipo de vínculo que la organización mantiene con ellos, eventualmente jerarquizarlos por algún criterio de importancia. Generalmente el vínculo es algún producto o servicio, lo cual nos lleva a la necesidad de explicitar cuál es nuestra “cartera de servicios”.¹²

Una vez identificada una “cartera de servicios”, unos determinados “clientes” y “accionistas”, los aspectos relativos a

las competencias, a la calidad, la asignación de recursos, registro estadístico, evaluación de impacto y financiamiento de la salud pública cobrarán relevancia por sí mismo en el diseño y discusión de un sistema integral de gestión.

IV. Bibliografía

- Aboal, J.; Lado, M.; Amigo, M.; Hervada, X.; Gómez, A. y Fernández, C. (2008): Mapa de procesos en organizaciones de salud pública: La experiencia de la Dirección Xeral de Saúde Pública de Galicia. *Gaceta Sanitaria* 22 (3), pp. 275 – 279.
- Artundo, C. y Rivadeneyra, A. (2008): Hacia una nueva organización de los dispositivos de salud pública en España. *Gaceta Sanitaria* 22 (Supl 1), pp. 96 – 103.
- Benavides, F.; Moya, C.; Segura, A.; Puente, M.; Porta, M.; Amela, C. y el Grupo de Trabajo sobre Competencias Profesionales en Salud Pública. (2006): Las competencias en salud pública. *Gaceta Sanitaria* 20 (3), pp. 239 – 243.
- Durán, J.; Villalbí, J.; Guix, J. (2004): Acerca de los clientes de las organizaciones de salud pública. *Gaceta Sanitaria* 18 (6), pp. 479 – 482.
- Guix, J. (2004): Calidad en salud pública. *Gaceta Sanitaria* 19 (4), pp. 325 – 332.
- Moreno, J. (2002): Hacia un modelo de cooperación y armonización en el campo de la salud pública en España. *Revista Española de Salud Pública*, 76: 637 – 643.
- Villalbí, J.; Guix, J.; Casas, C.; Borrel, J.; Duran, J.; Artazcoz, L.; Camprubí, E.; Cusí, M.; Rodríguez, P.; Armengol, J. y Jiménez, G. (2007): El Cuadro de Mando Integral como instrumento de dirección en una organización de salud pública. *Gaceta Sanitaria* 21 (1), pp. 60 – 65.

8 Esta discusión se ha desarrollado parcialmente en torno al “Grupo de trabajo de análisis y diseño de sistema de gestión de actividad en la Autoridad Sanitaria Regional y mecanismos de asignación de recursos”, conformado desde la Subsecretaría de Salud Pública, y que sesiona desde mediados del año 2008.

9 La cualificación conceptual que se desprende de la respuesta a las preguntas del párrafo anterior provienen de las ciencias empresariales, por lo cual es probable que no sean los conceptos que mejor describan y expliquen la función pública.

10 Villalbí, J. et al. (2007: p. 61).

11 Ver Durán, J. et al. (2004).

12 Ver Villalbí, J. et al. (2003).



III Congreso de Economía de la Salud de América Latina y el Caribe

Durante los días 28, 29, 30 y 31 de octubre de 2008 se llevó a cabo el "III Congreso de Economía de la Salud de América Latina y el Caribe", que en esta ocasión incluyó la "I Jornada Científica de Regulación Económica y Evaluación de Tecnologías Sanitarias" y el "VIII Simposio Internacional de Economía de la Salud", el cual se desarrolló en el Palacio de las Convenciones, en la ciudad de La Habana, Cuba. Esta actividad fue organizada por la Sociedad Cubana de Economía de la Salud, con el coauspicio del Ministerio de Salud Pública de Cuba, Ministerio de Saúde de Brasil, Agencia de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) de Brasil, Asociaciones de Economía de la Salud de diversos países participantes y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre otras organizaciones.

Las temáticas que se desarrollaron durante el congreso fueron las siguientes:

- Salud Pública: planificación, financiamiento y toma de decisiones
- Eficiencia económica en salud
- Aspectos socioeconómicos en salud
- Formación y desempeño de los recursos humanos en salud
- Regulación económica y evaluación de tecnologías sanitarias

En representación del Departamento de Economía de la Salud (DESAL) y la Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial (UCSAS), asistieron los economistas Ciro Ibáñez y Alain Palacios, respectivamente.

Ciro Ibáñez presentó el trabajo "Estimación del potencial impacto económico sanitario de la pandemia de influenza aviar en Chile" en el formato de Póster y el Trabajo

"Determinantes sociales del estado de salud autopercebido del adulto mayor en Chile" en el formato presencial.

Alain Palacios participó en el panel "Cuentas Satélite de Salud: Avances en la Región de las Américas", en el tópico de "Eficiencia Económica en Salud", con la exposición "Cuenta Satélite de Salud de Chile", donde presentó los últimos avances desarrollados por el equipo de la UCSAS, en esta materia. También participó en el panel "Medición de la Atención Primaria de Salud", dentro del tema de "Salud Pública: planificación, financiamiento y toma de decisiones", con la exposición "Medición de la APS en base a la Cuenta Satélite de Salud", en la cual se presentaron datos de financiamiento y gasto de la AP Municipal para los años 2003 - 2006, en base a la información proporcionada por la Cuenta Satélite de Salud.

Durante este congreso participaron más de una veintena de países, con cerca de 300 participantes. Las versiones anteriores de este congreso se realizaron en Argentina y Brasil. El IV Congreso de Economía de la Salud de América Latina y el Caribe se realizará en Chile.





Noticias 2009

I Seminario Panamericano de Regulación Económica de Medicamentos

Entre el 17 y 19 de marzo de 2009 se realizó en Brasilia el I Seminario Panamericano de Regulación Económica de Medicamentos, organizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) de Brasil. La representación chilena estuvo a cargo de David Debrott (DESAL) del MINSAL y de Hugo Navarrete por el Instituto de Salud Pública (ISP).



El Seminario contó con la participación de representantes de prácticamente todos los Estados de la región de las Américas, además de Sudáfrica, Mozambique, Australia y Portugal. También estuvo presente el equipo de la Gerencia de Tecnología, Atención de Salud e Investigación de OPS Washington DC; de OMS Ginebra, de OPS Brasil y académicos de la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Universidad Estatal de Ohio.

Los principales temas tratados fueron:

- Diseño y resultados de una Encuesta sobre Estrategias de Regulación Económica de Medicamentos.
- Experiencias de país y enfoques de la regulación económica de medicamentos.
- Experiencias en gestión de compras públicas y propuesta para la creación de una Base de Datos de Precios de medicamentos.
- Experiencias sobre uso de Evaluación Económica de medicamentos para la toma de decisiones en el sector Salud.
- Experiencias de cooperación técnica horizontal en materia de regulación económica de medicamentos.
- Propuesta de "Precio Diferencial" basado en equidad para los medicamentos.

La reunión concluyó con un documento de recomendaciones. En lo fundamental, éstas se inscriben en las líneas de acción de la Estrategia Global de Salud Pública (OMS); el Plan de Acción sobre la Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual (AMS61.21, OMS); y la Estrategia Regional en la materia (OPS CD48.R15).

Segunda Reunión de Unidades

Departamentos de Economía de la Salud de Instituciones Públicas de Salud de Países de América Latina y el Caribe

Buenos Aires, Argentina / Abril 15-16, 2009

Recientemente, el 15 y 16 de abril del presente año se efectuó en Buenos Aires, Argentina, la Segunda Reunión de Unidades / Departamentos de Economía de la Salud de Instituciones Públicas de Salud de Países de América Latina y el Caribe. En ella el Departamento de Economía de la Salud de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública fue representado por David Debrott.

Entre los acuerdos de esta reunión están los siguientes:

Los representantes de las Unidades o Departamentos de Economía de la Salud (UES/DES) que participaron en

la reunión acordaron proponer al Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la creación del Foro Regional sobre Salud y Desarrollo Económico y Social. La propuesta será preparada y presentada por la delegación de Chile en la próxima reunión del Consejo Directivo de OPS (setiembre 2009).

Uno de los objetivos del Foro Regional sobre Salud y Desarrollo Económico y Social será el destacar la importancia de la salud en el proceso de desarrollo económico y social de los países, hacer más visible el trabajo de la UES/DES, y promover el desarrollo de líneas de cooperación para el fortalecimiento de las UES/DES, con miras a garantizar su consolidación y continuidad institucional.





Noticias 2009



Participación en Diplomado Gerencia Social y Políticas Públicas de FLACSO Chile

Buscando fortalecer las capacidades del sector público en el proceso de formulación, gerenciamiento de las políticas y programas a través de un enfoque multidisciplinario e integral de conocimientos, prácticas y herramientas, se está desarrollando la Primera versión del **Diplomado en Gerencia Social y Políticas Públicas** dictado por FLACSO Chile, para funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública, en el cual está participando Mónica Aravena, integrante del equipo del Departamento de Economía de la Salud de la División de Planificación Sanitaria.

El objetivo central es contribuir al fortalecimiento de una masa crítica de gerentes sociales y actores claves de la sociedad, conocedores de los paradigmas conceptuales y de los procesos de desarrollo social y, al mismo tiempo, participar en la puesta en marcha de las reformas sociales democráticas, inclusivas y sostenibles.

El Diplomado se estructura sobre cuatro módulos temáticos que abordan en relación con el proceso de formación y gerencia de políticas elementos de contextos, cambios en la orientación de las políticas, el proceso de formación de las políticas e instrumentos y metodología para el análisis de políticas.

En febrero de este año se inició un ambicioso Proceso de Formación en Salud Pública impulsado por la Subsecretaría de Salud Pública en conjunto con la Escuela Andaluza de Salud Pública

El objetivo de este proceso de formación impulsado por la Subsecretaría de Salud Pública y la Escuela Andaluza de Salud Pública es instalar competencias generales en salud pública y desarrollar un proceso de formación en cascada a partir de agosto de este año que pretende llegar a aproximadamente 800 profesionales y técnicos de las Seremis y del nivel central. La base para realizar esta formación serán los profesionales que participen de las tres pasantías programadas.

En la primera pasantía, realizada entre el 9 y 27 de febrero de este año, participaron 20 profesionales de 10 Seremis y del nivel central de distintas disciplinas profesionales tales como ingeniería comercial, sociología, medicina, psicología y enfermería. Durante la primera semana de junio viaja un segundo grupo y se espera que durante julio pueda viajar el tercer grupo.

La pasantía consta de un programa organizado en dos modalidades de trabajo. En primer lugar se desarrolló una serie de talleres académicos y de discusión respecto de los

desafíos de la Salud Pública en la actualidad, de los procesos de reforma de la Salud Pública actualmente en curso, de la incorporación del enfoque de determinantes sociales en el análisis de salud y el diseño de políticas públicas, entre otros temas. En un segundo módulo se desarrollaron discusiones en terreno con los profesionales de Salud Pública de Sevilla, las cuales giraron en torno a la práctica de la promoción de salud, la protección de salud, la vigilancia epidemiológica y los sistemas de información para la gestión.





Cuarto Congreso de Economía de la Salud de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 20 al 22 de enero de 2010

El Aporte de la Economía de la Salud al Acceso Equitativo en Salud bajo un Contexto de Crisis Económica Mundial

Entre el 20 y 22 de enero del año 2010 se realizará en Santiago de Chile el Cuarto Congreso de Economía de la Salud de América Latina y El Caribe. Se estima asistirán aproximadamente 300 profesionales.

El Congreso es organizado por la AES-Chile y ya cuenta con el patrocinio del Ministerio de Salud de Chile y con el apoyo de la AES de Latinoamérica y el Caribe, la AES-Argentina, ABRES-Brasil, AES- Uruguay y AES-Cuba.

La estructura del Congreso será la siguiente:

- Conferencia inaugural
- 3 Conferencias magistrales invitados por la organización
- 6 Paneles temáticos invitados por la organización
- Presentación de trabajos académicos libres (temáticos y temas convencionales de Economía de la salud) seleccionado por el comité académico
- Póster (temáticos y temas convencionales de Economía de la salud) seleccionados por el comité académico

Los anteriores Congreso se realizaron en Rio de Janeiro, Brasil el 2004, en Buenos Aires, Argentina el 2006, y en La Habana, Cuba en el 2008.

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

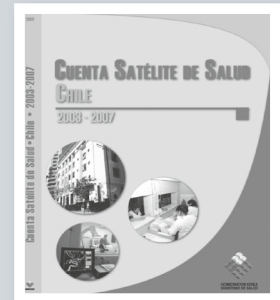
Jefa (s) División Planificación Sanitaria
Dra. Danuta Rajs Grzebien

Jefe Departamento de Economía de la Salud
David Debrott Sánchez

Editor Responsable
Ciro Ibáñez Gericke

Publicación de la primera Cuenta Satélite de Salud para Chile

La Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial (UCSAS), del Departamento de Economía de la Salud, ha publicado el documento "Cuenta Satélite de Salud, 2003-2007. Primera Etapa", dando cumplimiento a los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, donde se establece como objetivo de desarrollo el levantamiento de estadísticas de Cuentas de Salud.



Esta primera edición impresa da inicio a la Serie Estadísticas Económicas de Salud. Su propósito es difundir información sobre estadísticas económicas del sector, que resultan útiles para el diseño, monitoreo, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en Salud, y en general para el estudio e investigación en el campo de la economía de la salud.

Esta publicación de la Cuenta Satélite para Chile presenta resultados para el sistema público de salud dependiente del Ministerio de Salud y la Atención Primaria Municipal, y además, incluye al sistema privado de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

La Cuenta Satélite de Salud es un instrumento contable-estadístico que ha sido diseñado para describir las características estructurales y la dinámica de los procesos económicos que involucran al sector de la Salud en un amplio sentido del término. La información monetaria básica que proporciona la Cuenta Satélite, por sí sola o relacionándola con otra información no monetaria, permite construir indicadores que serán útiles para la toma de decisiones sobre política pública sanitaria.

Esta publicación de la Serie de Estadísticas Económicas de Salud se encuentra disponible en formato PDF en la siguiente dirección:

<http://www.minsal.cl/ucsas>.