

# Economía y Salud

## En esta edición

### LA ACTIVIDAD DEL GOBIERNO GENERAL EN SALUD SEGÚN LA CUENTA SATÉLITE DE SALUD, CSS

- Actividades y productos característicos y conexos de la salud
- Tres medidas de la actividad del Gobierno en salud
- Descomposición del gasto en salud del Gobierno General según finalidades

### LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS (O "OUTCOMES") DE LAS INTERVENCIONES DE SALUD

- Antecedentes sobre la medición de la salud
- La medición de resultados o "outcomes" en salud
- La teoría de la medición
- La valoración de estados de salud

### UNA MIRADA AL FINANCIAMIENTO Y EL GASTO EN SALUD DEL GOBIERNO GENERAL EN BASE A LAS ESTADÍSTICAS DE CUENTAS SATÉLITE DE SALUD

- El financiamiento de la salud en el Gobierno General
- El gasto en salud del Gobierno General
- El ahorro y el préstamo neto en Salud del Gobierno General
- Sin embargo, lo que ocurre en la realidad es una situación muy diferente

### NOTICIAS DESTACADAS

- Dra. Asa Cristina Laurell fue distinguida como Doctora Honoris Causa de la Universidad de Buenos Aires
- Actividades del IV Congreso de Economía de la Salud de América Latina y del Caribe

Editorial

www.minsal.cl/desal

Al inicio de la presente década nuestro país retomó la planificación como instrumento de rectoría en materia sanitaria, formulando los *Objetivos Sanitarios 2000-2010*. Este esfuerzo significó un importante despliegue de estudios y análisis que es necesario destacar. Hoy nos encontramos en la fase de evaluación final y de reformulación de los nuevos objetivos de salud 2010-2020.

La definición de objetivos y metas a alcanzar en materia sanitaria, en la reducción de desigualdades y en cuanto a la satisfacción de las expectativas de la población, es un avance sustantivo para lograr mejor salud y bienestar, pero no está exento de limitaciones. A nuestro juicio, el principal desafío que se debiera abordar, en conjunto con la redefinición de los nuevos objetivos de salud 2010 – 2020, es la necesidad de traducir dichos objetivos y metas en un Plan Nacional de Salud que logre operacionalizar los fines deseados en instrumentos gestionables tanto en el ámbito del sector como en la intersectorialidad.

En este sentido se hace evidente la pertinencia de un plan de provisión de servicios e inversión coherente con tales objetivos sanitarios y en instrumentos presupuestarios y de asignación de recursos que lo hagan viable. Otro aspecto que surge con gran fuerza es la necesidad de adoptar un enfoque de determinantes sociales: salud en todas las políticas.

La economía de la salud puede y debe hacer un aporte sustantivo en esta materia. Los estudios relativos a la definición de prioridades sanitarias son elementos que se encuentran en una fase de consolidación y allí destacan los análisis de costo-efectividad de las intervenciones sanitarias y los análisis de gasto esperado por beneficiario, ambos asociados a las Garantías Explícitas.

La producción de estadísticas económicas del sector juega en esta materia un papel fundamental en cuanto a generar información para el seguimiento y evaluación de las políticas. En este ámbito la *Cuenta Satélite de Salud* comienza a transformarse en un instrumento útil para fundamentar la toma de decisiones económicas en el sector y son un requerimiento concreto para la integración estadística de Chile a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE.

Más recientemente hemos comenzado un trabajo colaborativo con diversas instancias del sector en materia de análisis del mercado de medicamentos, tema sensible a raíz de la colusión de las cadenas de farmacias y de la situación que atraviesa nuestra Central de Abastecimiento, CENABAST. No está de más decir que nuestra labor debe ser su fortalecimiento como actor clave en la regulación económica en pro de la salud.

Pero sin duda un instrumento que permitirá apoyar de manera fundamental la planificación sanitaria es el *Estudio sobre Capacidad Productiva del Sistema Público de Salud* que hemos iniciado a mitad de año y que tardará un tiempo largo en ver sus frutos por la complejidad que involucra tal desafío.

En la presente edición del *Boletín Economía y Salud* hemos incluido tres artículos centrales. El primero tiene un carácter eminentemente pedagógico en la medida en que analiza la producción del sector público de salud a partir de las estadísticas de la *Cuenta Satélite de Salud 2003-2007*, recientemente publicada. El segundo profundiza en la medición de resultados en términos de impacto en salud. El tercero pone de manifiesto la necesidad de discutir el nivel de financiamiento que hoy se otorga a la salud en el sector público.

Esperamos que los trabajos y las informaciones aquí presentadas sirvan para estimular el debate entre los técnicos y profesionales que se desempeñan en el sector salud. Así, también esperamos que la reflexión fortalezca el rol de la Autoridad Sanitaria Nacional y Regional.





# La actividad del Gobierno General en salud según la Cuenta Satélite de Salud, CSS

Rafael Agacino<sup>1</sup>/ragacino@minsal.cl

## 1. Actividades y productos característicos y conexos de la salud

La Cuenta Satélite de Salud, CSS, permite obtener, entre otra información, diferentes medidas monetarias de la actividad del Gobierno General en el campo de la salud. Tales mediciones se distinguen por sus contenidos teóricos, dado el marco metodológico general adoptado y las definiciones operacionales basadas en consideraciones prácticas específicas a cada país.

Desde la perspectiva metodológica, la Cuenta Satélite de Salud pretende cubrir el conjunto de transacciones del Gobierno General relativas a “productos” y “actividades” específicas de la salud. Tales productos y actividades, de acuerdo a nomenclaturas internacionales como la Clasificación Central de Productos, (CPC), y la Clasificación Industrial Internacional Uniforme, CIIU, pueden clasificarse en *características y conexas*.

Desde el punto de vista de los productos, se entiende por característicos los “servicios de salud humana” tales como las prestaciones hospitalarias, las consultas médicas, etc., y los “servicios administrativos de salud”, incluida la salud pública. Los productos conexos, por su parte, refieren a los servicios de construcción de infraestructura sanitaria, servicios de comercio de fármacos e insumos médicos, servicios de seguros médicos y de accidentes y otros servicios relacionados<sup>2</sup>.

Esta taxonomía sirve a su vez para delimitar las actividades características y conexas de la salud. Las primeras refieren

tanto a las “*actividades relacionadas con la salud humana*” como a aquellas asociadas a la “*regulación de las actividades de organismos que prestan servicios sanitarios*” con excepción de la seguridad social. Así, las transacciones de las unidades productivas que presten predominantemente servicios tipificados como productos característicos, constituyen la masa de los servicios clasificados como actividades características de la salud. Algo similar ocurre con las actividades conexas: éstas incluyen las actividades de construcción, comercio y seguros que produce los servicios conexos de construcción, de comercio y seguros ya mencionados, y del mismo modo que la anterior, la suma del valor de las transacciones realizadas corresponderá a la masa de servicios denominados conexos<sup>3</sup>.

La metodología de la CSS recientemente calculada para Chile, clasifica los agentes agrupados en el sector institucional “Gobierno General” en *actividades características o conexas* según sus productos característicos o conexos principales, resultando el mapa descrito en el Cuadro 1.1.

A partir de la clasificación anterior podemos medir la actividad del Gobierno General en el campo de la salud, distinguiendo entre actividades características y actividades conexas. Basta elegir alguna variable relevante –producción bruta, valor agregado, gasto, etc.– y en la medida en que cada agente es adscrito a un único tipo de actividad según sea su producto principal, se puede cuantificar la magnitud de los esfuerzos del Gobierno General en cada tipo de actividad específica de salud.

1 Investigador del DESAL. Se agradecen los comentarios de Marianela Castillo y Alain Palacios, investigadores del DESAL.

2 Para una descripción más detallada de estas definiciones de la medición en la CSS de Chile, véase MINSAL (2009), pp. 19 y ss.

3 Op. cit. pp. 21.



Cuadro 1.1

Instituciones sanitarias del sector institucional "Gobierno General" clasificadas según producción característica o conexas (\*)

UNIDADES INSTITUCIONALES	ACTIVIDADES CARACTERÍSTICAS	ACTIVIDADES CONEXAS
Establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)	Relacionadas con salud humana	-
Establecimientos de la atención primaria municipalizada (APM)	Relacionadas con salud humana	-
Instituto de Salud Pública (ISP)	Regulación	-
Superintendencia de Salud (SS)	Regulación	-
Subsecretaría de Salud Pública (SSP, incluye SEREMIS)	Regulación	-
Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA)	Regulación	-
FONASA	-	Planes de seguridad social
CENABAST	-	Venta al por mayor

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

Nota: (\*) En la serie actual de la CSS 2003-2007, aun cuando los Hospitales de las FF.AA. y de Orden, CONIN, el Servicio Médico Legal y los hospitales de Codelco, son considerados como parte del Gobierno General, aún no están incluidos en la medición.

## 2. Tres medidas de la actividad del Gobierno en salud

En la CSS se registran dos medidas explícitas de actividad: la *Producción Bruta* y el *Valor Agregado (VA)*.

Por Producción Bruta se entiende el valor de todos los bienes y servicios producidos durante el período contable –normalmente un año– incluyendo el valor de aquellos bienes producidos para uso propio y el valor de los trabajos en curso o en proceso. A esta suma también se le denomina *Valor Bruto de la Producción (VBP)*. Por su parte, el *Valor Agregado, VA*, corresponde a aquella parte del valor de la producción que se obtiene al deducir de ésta el valor de los bienes y servicios consumidos y necesarios para generar los bienes y servicios finales producidos en el periodo de referencia<sup>4</sup>. Mientras la producción bruta mide el valor

total de los bienes y servicios producidos, el VA mide sólo aquella parte de valor que ha sido añadida a los bienes y servicios *primarios* durante el proceso de transformación y/o producción a través del uso de factores productivos distintos de dichos bienes o servicios primarios<sup>5</sup>.

Por otra parte, la actividad del Gobierno General en salud puede medirse atendiendo a los desembolsos, monetarios o en especie, comprometidos y necesarios para la realización de sus actividades *específicas* de la salud. Dentro de tales desembolsos se incluyen aquellos asociados a la *producción propia*, es decir, la generada por establecimientos propios y destinada a satisfacer necesidades de bienes o servicios sanitarios, y aquellos referidos a pagos y/o compra de bienes y servicios producidos por terceros cuyo fin es satisfacer directa o indirectamente necesidades sanitarias

4 La suma de estos desembolsos se denomina Consumo Intermedio e incluye, además de lo indicado, "el mantenimiento y las reparaciones corrientes de los bienes de capital, los gastos indirectos en la financiación de la formación de capital y los costos de transferencias derivadas de las compras y ventas de activos no físicos y créditos financieros. Desde la perspectiva de la demanda se denomina utilización o uso intermedio". OPS (2005), p. 132.

5 Dentro los bienes y servicios "primarios", se consideran desde los insumos y materiales médicos y farmoquímicos hasta, por ejemplo, los servicios de radiología contratados a terceros del extrasistema. En este último caso, tales servicios se entienden como parte del Consumo Intermedio en la medida en que no constituirán un producto final hasta que sean evaluados por un profesional médico del ente contratante y que emitirá el juicio necesario para completar el servicio final.



adicionales a las que satisface con producción propia<sup>6</sup>. La suma de estos desembolsos valorados corresponde al concepto de “Gasto del Gobierno General en Salud” y, normalmente, desde la perspectiva de la materia de los desembolsos, se separan en “gasto corriente” y “gasto de capital” a efectos de registrar por separado los gastos en formación de capital.

Mientras el Gobierno General compre o realice pagos al “extrasistema” por bienes y servicios (“finales”) destinados a satisfacer necesidades sanitarias provistas o financiadas por el mismo pero producidos por terceros, el Gasto será mayor

que el VBP, y naturalmente mayor que el VA, por cuanto este último excluye el consumo intermedio.

Considerando las especificaciones anteriores, es posible con los datos de la Cuenta Satélite de Salud conocer las magnitudes de las tres variables que hemos mencionado: VBP, VA y Gasto Total (Gasto corriente más gasto de capital).

En efecto, como se indica en el Cuadro 2.1, en el año 2007 el Gasto total del Gobierno alcanzó la cifra \$ 2,2 billones<sup>7</sup> anuales, mientras la producción bruta y el VA alcanzaron a \$ 1,7 billones y \$ 1,2 billones nominales anuales respectivamente.

**Cuadro 2.1**

*Producción, VA y Gasto anuales en salud del Gobierno General por tipo de actividad  
Totales nominales, tasa de participación y montos per cápita sobre población total país, año 2007*

ACTIVIDADES	PRODUCCIÓN	VAB (*)	GASTO TOTAL
MONTOS TOTALES ANUALES (en millones de pesos corrientes)			
1. Actividades características	1.658.640	1.149.416	1.840.818
1.1 Salud Pública y regulación (ISP, SS, SSP, SRA)	81.261	52.302	115.534
1.2 Salud humana (SNSS y APM)	1.577.379	1.097.114	1.724.717
2. Actividades conexas (FONASA y CENABAST)	30.750	9.284	372.146
<b>TOTAL</b>	<b>1.689.390</b>	<b>1.158.700</b>	<b>2.212.964</b>
DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE ACTIVIDAD (tasas de participación, porcentajes)			
1. Actividades características	98,2	99,2	83,2
1.1 Salud Pública y regulación (ISP, SS, SSP, SRA)	4,8	4,5	5,2
1.2 Salud humana (SNSS y APM)	93,4	94,7	77,9
2. Actividades conexas (FONASA y CENABAST)	1,8	0,8	16,8
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
MONTO ANUAL PER CÁPITA (UF por habitante)			
1. Actividades características	5,3	3,7	5,9
1.1 Salud Pública y regulación (ISP, SS, SSP, SRA)	0,3	0,2	0,4
1.2 Salud humana (SNSS y APM)	5,0	3,5	5,5
2. Actividades conexas (FONASA y CENABAST)	0,1	0,0	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>5,4</b>	<b>3,7</b>	<b>7,1</b>

Fuente: Sobre datos de MINSAL (2009). Los datos de población son estimaciones de INE llevadas a diciembre de cada año, citadas por FONASA (2008).

(\*) Valor Agregado Bruto, VAB, es decir, incluyendo el Consumo de Capital Fijo.

<sup>6</sup> Decimos “indirectamente”, pues se incluyen gastos en bienes y servicios no asociados inmediatamente a la satisfacción de necesidades pero que son necesarios para la realización de la actividad sanitaria del Gobierno General: por ejemplo, pago de intereses, dividendos, etc. Por el contrario, los gastos directos se refieren, por ejemplo, a pagos a terceros (“extrasistema”) por compra de servicios sanitarios o por pagos del gobierno por atención de beneficiarios del sistema público en el “extrasistema” (prestaciones sociales). Véase MINSAL (2009).

<sup>7</sup> Entiéndase por billón en español, es decir, un millón de millones.



Estos valores pueden leerse desde la perspectiva del esfuerzo que hizo el Gobierno en la realización de las actividades específicas de la salud cuya finalidad es la satisfacción de las necesidades sanitarias del país.

Desde esta perspectiva, el Gobierno general realizó en el 2007 un gasto total de \$ 2,2 billones destinados a la realización de actividades específicas de salud: \$ 1,8 billones fueron destinados a actividades características relacionadas con salud humana y regulación, y \$ 0,4 billones a actividades conexas tales como ventas al por mayor y planes de seguridad social. Desde el punto de vista del esfuerzo propiamente productivo, el gobierno en dicho año, generó un valor bruto de producción de \$ 1,7 billones, de los cuales \$ 1,6 billones se concretaron en producción bruta de bienes y servicios relacionados con la salud humana. Y miradas las cifras desde el ángulo del esfuerzo en la agregación de valor a los bienes y servicios primarios (consumo intermedio), el esfuerzo del gobierno se expresa en \$ 1,2 billones también concentrados principalmente en bienes y servicios relacionados con la salud humana (\$ 1,1 billón)<sup>8</sup>.

Desde el punto de vista más estructural, las cifras anteriores permiten advertir grandes diferencias entre una u otra medida del esfuerzo del Gobierno general en salud.

Como muestra el Cuadro 2.1, el esfuerzo gubernamental en actividades características medido a través del gasto parece disminuido (83,2%) respecto del esfuerzo medido desde la perspectiva de la producción bruta (98,2%) y, a contrario sensu, el esfuerzo en actividades conexas (ventas al por mayor y planes de seguridad social) parece aumentada desde la perspectiva del gasto (16,8%) en relación al peso obtenido desde el punto de vista del VBP (1,8%). La explicación de esta divergencia se debe a las diferencias conceptuales entre una y otra variable. Por ejemplo, desde el punto de vista del gasto se consideran, entre otras, las "prestaciones pagadas" vía FONASA o Servicios de Salud, sean como subsidios a los beneficiarios por atenciones en el extrasistema o bien por pagos por prestaciones finales servidas por dicho extrasistema. Todas estas transacciones no se incluyen por definición en la medición de la producción bruta, por cuanto corresponden a producción de bienes y servicios finales producidos por establecimientos de terceros.

De este modo, estudios orientados a medir el esfuerzo del Gobierno General en la provisión de bienes y servicios de salud

con independencia de que los produzca el sistema público o el "extrasistema", es mejor calibrado por el concepto de gasto. Si, por el contrario, interesa el esfuerzo productivo más que la suma de los desembolsos, entonces el mejor indicador es el VBP. Por su parte el VA, por cuanto excluye el consumo intermedio, puede utilizarse para estudios de eficiencia en términos del valor que en el ciclo de producción se añade al valor de los factores primarios utilizados.

Volviendo ahora a las cifras del cuadro citado, las mediciones de VBP y VA muestran que el principal esfuerzo productivo del Gobierno General en el año 2007 se concentra en las actividades relacionadas con la salud humana realizadas directamente vía Sistema Nacional de Servicios de Salud y a través de la Atención Primaria Municipalizada: 93,4% y 94,7% del VBP y VA totales anuales respectivamente. En el caso del gasto, tales actividades pesan menos en el total de desembolsos (77,9%) en razón que el gasto total anual del Gobierno General incluye, como ya hemos dicho, las "actividades conexas" realizadas por FONASA y CENABAST<sup>9</sup>.

Si calibrásemos el esfuerzo gubernamental en salud en relación a la población nacional, entonces se puede afirmar, considerando las cifras del año 2007, que éste gasta UF 7,1 por año por habitante, mientras que su producción bruta alcanza a UF 5,4 anuales por persona y agrega UF 3,7 por persona año de valor a los bienes y servicios primarios que conforman el consumo intermedio<sup>10</sup>.

Desde el punto de vista de las actividades relacionadas con la salud humana y realizadas a través del SNSS y de la APM, el gasto per cápita es de UF 5,5 año, mientras la producción bruta y VA por persona alcanzan a UF 5,0 y UF 3,5 por año. Las actividades de salud pública y regulación, así como las denominadas "conexas" –ventas al por mayor y planes de seguridad social–, muestran valores por persona año bastante menores.

<sup>9</sup> Lo que produce la diferencia sustancial corresponde a las Prestaciones sociales pagadas por FONASA que el año 2007 alcanzaban a \$ 274 mil millones, las cuales no se consideran en el VBP, aquí tiene un peso importante la MLE de FONASA. Véase MINSAL (2009), Cuenta distribución secundaria del ingreso, pp.48 y ss.

<sup>10</sup> Se optó, en este cuadro, por medir las variables per cápita considerando la población total del país por cuanto el Gobierno General realiza esfuerzo en salud para el conjunto de la población. Por ejemplo, las actividades de regulación y salud pública afectan al conjunto de la población y no sólo a los beneficiarios formalmente registrados como tales. No obstante lo anterior, dado que se sabe que la mayor parte de la población residente está registrada como beneficiario de FONASA, se agregan en un anexo las cifras per cápita por beneficiario. De acuerdo a cifras de FONASA (2008): en el año 2007 se registraron 11.740.688 beneficiarios respecto de 16.683.649 habitantes, es decir, una cobertura pública del 70,4% de la población.

<sup>8</sup> Esta última partida está medida como Valor Agregado Bruto, VAB, es decir, incluyendo el Consumo de capital fijo.



### 3. Descomposición del gasto en salud del Gobierno General según finalidades

Dado que el concepto de gasto resume más ampliamente el esfuerzo del Gobierno General en la realización de sus actividades específicas de salud –sean características o conexas–, resulta útil analizarlo desde el punto de vista de sus finalidades: el *gasto corriente* y *gasto de capital*.

Desde la perspectiva del gasto corriente, se incluye:

- El gasto en consumo final del Gobierno que comprende el valor de los bienes y servicios (finales) comprados a terceros y/o producidos por sus instituciones consideradas productores de “no mercado”<sup>11</sup>, distribuidos gratuitamente o a precios económicamente no significativos a la comunidad, ya sea en forma individual o colectiva<sup>12</sup>. En el caso de la CSS construida para Chile, entre los gastos de consumo individual se encuentran, por ejemplo, los desembolsos por atenciones de salud hospitalaria y de atención primaria, las compras al extrasistema y programas de alimentación y, en los de tipo colectivo, las prestaciones ambientales y las campañas sanitarias<sup>13</sup>.
- Las prestaciones sociales o transferencias por subsidios o compras de bienes o servicios finales a terceros, destinados a los beneficiarios del sistema público, y



11 Excluyendo la CENABAST, el único agente productor “de mercado”, todas las demás instituciones señaladas en el Cuadro 1 son, de acuerdo a las definiciones metodológicas de la Cuenta Satélite de Salud, clasificadas como agentes productores de “no mercado”.

12 Para una definición de gasto en consumo final del gobierno, véase OPS (2005), pp. 131 y ss.

13 Véase MINSAL (2009), pp. 105 y ss.

- Otros gastos corrientes referidos a desembolsos como intereses, dividendos, etc., realizados por las instituciones consideradas productores de “no mercado”, más los desembolsos totales de las instituciones clasificadas como productores “de mercado”<sup>14</sup>.

Y desde la perspectiva del gasto de capital, se incluyen los desembolsos destinados a la formación bruta de capital fijo, y aquellos por concepto de variación de inventarios y compras netas de activos no financieros no producidos<sup>15</sup>.

Considerando las cifras del Cuadro 3.1, se constata que el gasto corriente del Gobierno General el año 2007 alcanzó a poco más de \$ 2 billones, de los cuales \$ 1,7 billones correspondieron a *gasto de consumo final colectivo e individual* y \$ 0,35 billones a *prestaciones sociales pagadas*. Por su parte, el gasto de capital anual alcanzó a \$ 171 mil millones (\$ 0,17 billones).

El gasto en consumo final fue destinado principalmente a actividades relacionadas con salud humana realizadas por el Sistema Nacional de Servicios de Salud y la red de Atención Primaria Municipalizada: \$ 1,5 billones.

El gasto en prestaciones sociales se concentra principalmente en las actividades conexas, en particular en los desembolsos por subsidios o pagos a terceros por prestaciones finales realizados por FONASA. En efecto, en total suman \$ 274 mil millones y corresponden, como ya se ha anotado, a las prestaciones sociales netas de copagos en la Modalidad Libre Elección. Las prestaciones sociales de la red hospitalaria y de la atención primaria municipalizada es mucho menor: \$ 73 mil millones.

El gasto en capital, por su parte, alcanza a 171 mil millones, realizándose los mayores esfuerzos de inversión en la red hospitalaria y de atención primaria municipalizada: \$ 158 mil millones.

Todo lo anterior puede resumirse en términos de la composición del gasto total del Gobierno General: 92,3% en gasto corriente y 7,7% en gasto en inversión. Del gasto corriente, el 76,2% se realiza en Consumo Final, 15,8% en Prestaciones sociales y el restante 8% en otros gastos.

14 Para prestaciones y otros gastos corrientes, véase MINSAL (2009), Cuenta de asignación de ingreso primario, pp. 46 y ss., y Cuenta distribución secundaria del ingreso, pp. 48 y ss.

15 Ibid., Cuenta de Capital, pp. 54 y ss.



Cuadro 3.1

Distribución del Gasto anual en salud del Gobierno General por tipo de actividad  
Totales nominales y tasa de participación, año 2007

ACTIVIDADES	GASTO CORRIENTE				GASTO DE CAPITAL
	Consumo final (*)	Prestaciones sociales (**)	Otros (***)	Total	
MONTOS TOTALES ANUALES (en millones de pesos corrientes)					
1. Actividades características	1.597.493	75.628	567	1.673.689	167.130
1.1 Salud Pública y regulación (ISP, SS, SSP, SRA)	102.733	3.331	567	106.631	9.470
1.2 Salud humana (SNSS Y APM)	1.494.760	72.297	0	1.567.057	157.659
2. Actividades conexas (FONASA Y CENABAST)	88.924	273.800	5.654	368.377	3.769
<b>TOTAL</b>	<b>1.686.417</b>	<b>349.428</b>	<b>6.221</b>	<b>2.042.066</b>	<b>170.898</b>
DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE ACTIVIDAD (tasas de participación, porcentajes)					
1. Actividades características	72,2	3,4	0,0	75,6	7,6
1.1 Salud Pública y regulación (ISP, SS, SSP, SRA)	4,6	0,2	0,0	4,8	0,4
1.2 Salud humana (snss y apm)	67,5	3,3	0,0	70,8	7,1
2. Actividades conexas (fonasa y cenabast)	4,0	12,4	0,3	16,6	0,2
<b>TOTAL (#)</b>	<b>76,2</b>	<b>15,8</b>	<b>0,3</b>	<b>92,3</b>	<b>7,7</b>

Fuente: Sobre datos de MINSAL (2009). Los datos de población son estimaciones de INE llevadas a diciembre de cada año, citadas por FONASA (2008).

Notas (\*) Realizado con recursos propios, es decir, neto de copagos;

(\*\*) Pagadas a agentes del "extrasistema", incluyendo subsidios de incapacidad laboral pagados por el SNSS y subsidios de accidentes del trabajo que paga la SSP;

(\*\*\*) Incluye intereses pagados y rentas distribuidas pagadas.

(#) Algunas sumas verticales de las tasas no coinciden por efecto del redondeo.

#### 4. Notas finales

Lo interesante de las cifras de Gasto, VBP y VA provenientes de los cálculos realizados por la Cuenta Satélite de Salud es que permiten precisar, recurriendo a una misma fuente y con una metodología única y estandarizada, el esfuerzo del Gobierno General en la provisión y producción de bienes y servicios de salud.

Cada una de las mediciones, como lo hemos dicho, se refiere a un conjunto singular y diferenciado de transacciones

–efectivas o imputadas, monetarias o en especie–, y, por tanto, sirven para medir el esfuerzo en relación a dimensiones distintas de la actividad en salud desplegada por el Gobierno General. El *gasto* para la medición del esfuerzo gubernamental considerando todos los desembolsos de recursos propios; la producción bruta, para medir el esfuerzo desde la perspectiva de la producción y el VA desde la perspectiva del valor añadido a los bienes y servicios primarios utilizados en el ciclo de producción.



Además, en la medida en que es posible diferenciar entre actividades características y conexas —y dentro de las primeras entre aquellas relacionadas con la salud humana y las de regulación— es posible calibrar mejor el esfuerzo del Gobierno General distinguiendo —por institución o agente— los esfuerzos desplegados en cada dimensión de la actividad sanitaria pública.

## 5. Referencias Bibliográficas

FONASA (2008): Boletín Estadístico FONASA 2006-2007. Santiago.

MINSAL (2009): Cuenta Satélite de Salud. Chile, 2003-2007. Santiago.

OMS (2005): Guía del productor de Cuentas Nacionales de Salud, Ginebra, NLM: W 74.1.

OPS (2005): Manual de Cuenta Satélite de Salud (CSS), Versión 1. Serie HP, Washington DC.

## Anexo

### Medición per cápita según población beneficiaria de FONASA

*Producción, VAB y Gastos anuales en salud del Gobierno General por tipo de actividad  
Montos per cápita sobre población beneficiaria, año 2007*

ACTIVIDADES	PRODUCCIÓN BRUTA	VAB	GASTO TOTAL
MONTO ANUAL PER CÁPITA (UF por beneficiario)			
Actividades características	7,5	5,2	8,3
Salud Pública y regulación (ISP, SS, SSP, SRA)	0,4	0,2	0,5
Salud humana (SNSS y APM)	7,2	5,0	7,8
Actividades conexas (FONASA y CENABAST)	0,1	0,0	1,7
<b>TOTAL</b>	<b>7,7</b>	<b>5,3</b>	<b>10,0</b>

Fuente: Sobre datos de MINSAL (2009). Los datos de beneficiarios son de FONASA (2008).



# La evaluación de los resultados (o “outcomes”) de las intervenciones de salud

Marianela Castillo<sup>1</sup> / marianelacastillo@minsal.cl

El objetivo de la atención en salud, ya sea a través de programas o intervenciones específicas, es mejorar la salud de los pacientes. Sin embargo, la tarea de evaluar este mejoramiento no es tan sencilla y pasa no sólo por aspectos de medición clínica sino además por la obtención de preferencias y valoraciones de estados de salud, ya sea por pacientes, el público en general (la sociedad) o por los tomadores de decisiones.

La evaluación de los resultados de las intervenciones de salud reviste vital importancia para determinar la efectividad de las intervenciones. La disciplina de evaluación económica de intervenciones de salud, cuyo objetivo es apoyar las decisiones sobre asignación de recursos en salud, tiene como pilares básicos el análisis de costos y el de resultados o “outcomes” de las intervenciones de salud. Este artículo es una revisión sintética de los aspectos teóricos y prácticos de la medición y valoración de resultados en salud. Cabe hacer notar que aunque el tema de los “outcomes” en salud va más allá de su uso en estudios de costo-beneficio, costo-efectividad y costo-utilidad, la discusión y desarrollo metodológico se ha dado principalmente en el ámbito de la economía de la salud.

## 1. Antecedentes sobre la medición de la salud

Un punto de partida para dimensionar la tarea de evaluar los resultados en salud, es partir por el concepto mismo de *salud*. ¿Qué es la salud? La Organización Mundial de la Salud en su constitución de 1946 la define como:

*“Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”.*

Esta definición (a pesar de las críticas que ha suscitado en algunos medios académicos) da una clara indicación del propósito que tienen los cuidados de salud. Asimismo, el carácter multidimensional de la salud implica que cuando se evalúa la salud se debe tener en cuenta no sólo la duración de la vida sino también la calidad de ésta. La *calidad de vida* es sin duda un concepto subjetivo que depende ampliamente de las normas sociales del contexto y las expectativas del individuo. El Grupo de Calidad de Vida de la OMS, establecido en 1993 dirimió la siguiente definición:

*“La calidad de vida es la percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”.*

Surge así la necesidad de medir cuantitativamente los estados de salud de una manera integral, o sea, en sus aspectos de esperanza

de vida y de calidad de vida relativa a la salud. El desarrollo de métodos ha estado orientado a la búsqueda de una medida general y genérica que permita comparar estados de salud entre distintas patologías. Así, se deben obtener las preferencias y/o utilidades que reportan distintos estados de salud. A este proceso le podemos llamar la “valoración” de estados de salud. Sólo a través de esta valoración es posible concluir sobre qué estado de salud es mejor que otro. En Evaluación Económica los estudios de costo-utilidad requieren usar medidas de resultados finales, donde las preferencias o utilidades han sido establecidas.

## 2. La medición de resultados o “outcomes” en salud

### El uso de Indicadores

Algunos indicadores de carácter cuantitativo que nos pueden aproximar a los conceptos de interés son, por ejemplo:

- El tiempo de sobrevida de un paciente o las tasas de mortalidad.
- Las medidas clínicas (presión arterial, colesterolhemia, peso, temperatura, etc.).
- Los datos de utilización (uso de camas, número de consultas en APS, etc.).
- Los resultados en los pacientes (días camas de hospitalización, días de licencia, etc.).
- Los indicadores clínicos son la base para establecer la eficacia de intervenciones de salud y en muchos casos en los estudios de costo-efectividad se basan en medidas de resultados intermedias (como éstas) o relativas a la enfermedad. Sin embargo, en general estos indicadores no tienen una relación directa y clara con la “salud” o con “la calidad de vida”.

### El uso de Instrumentos

Existen instrumentos tales como encuestas que se pueden aplicar en una muestra poblacional. Las encuestas pueden estar dirigidas a un grupo específico de pacientes (donde se usan medidas específicas a la enfermedad) o encuestas donde la salud se puede medir de una forma más genérica (dirigida tanto a pacientes como a la población sana). Aunque las medidas relativas a la enfermedad son más sensibles, las medidas genéricas permiten una comparación más amplia entre distintos grupos de individuos o pacientes. Dado el trade-off entre medidas relativas a la enfermedad y aquellas genéricas, se opta generalmente por usar una combinación de éstas. Cuando se habla de instrumentos se debe tener en cuenta la diferencia entre “escalas”, “perfiles” e “índices”.

<sup>1</sup> Investigadora del DESAL



Una escala mide un aspecto o dimensión de la salud. Por ejemplo, la movilidad o el nivel de dolor experimentado por un paciente. Algunos ejemplos de escalas son The Activities of Daily Living (ADL) que mide la capacidad del adulto mayor para realizar actividades rutinarias (Katz y Akpom, 1976).

Un perfil es el desarrollo natural de una escala, mide más de una dimensión de salud para obtener una visión más completa del estado de salud de un individuo. En un perfil los puntajes de cada escala se mantienen separados (no se integran en un solo resultado). La encuesta Short Form 36 (SF-36)<sup>2</sup> es un ejemplo clásico de un perfil donde se miden 8 dimensiones de salud en un total de 36 preguntas.

Los índices van un paso más adelante que los perfiles. Es decir, generan un solo resultado o puntaje final desde varias escalas. Este puntaje final representa el estado de salud general del individuo o paciente. La ventaja de un índice es que permite la evaluación cuantitativa de las intervenciones de salud y permite

además comparar con otras patologías y programas. El perfil de impacto de las enfermedades (The Sickness Impact Profile, SIP)<sup>3</sup> es un índice norteamericano que busca su uso genérico en investigación, tiene 136 preguntas y se pueden obtener resultados separados por dimensiones específicas, como bienestar físico y psicosocial (Bergner y cols. 1981)

### 3. La teoría de la medición

Cada escala o instrumento se compone de preguntas específicas o ítems que buscan acercarse al tema de interés. Dependiendo del caso, el instrumento puede ser autocompletado por el paciente, llenado con ayuda de un entrevistador, llenado por el clínico tratante o por un familiar del paciente. La forma en como se formulan las preguntas y su formato de respuesta es muy importante para determinar la validez, consistencia y uso estadístico de los resultados. Hay cuatro posibles niveles de medición, los que se ilustran en el siguiente cuadro:

NIVEL DE MEDICIÓN	EJEMPLO GRÁFICO	APLICACIÓN EN PREGUNTA SOBRE TENSIÓN Y ANSIEDAD																						
NOMINAL	<input checked="" type="checkbox"/> BUENO <input type="checkbox"/> MALO	¿Se siente usted tenso o ansioso? <ul style="list-style-type: none"> <li>• SI</li> <li>• NO</li> </ul>																						
ORDINAL	<input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input checked="" type="checkbox"/> 3°	Me siento tenso o ansioso (alternativas) <ul style="list-style-type: none"> <li>• completamente de acuerdo</li> <li>• de acuerdo</li> <li>• en desacuerdo</li> <li>• completamente en desacuerdo</li> </ul>																						
INTERVALOS	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td>x</td><td> </td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td><td></td></tr> </table>				x		1	2	3			<p>¿Qué tan tenso o ansioso se siente?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td> </td><td>x</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>nada en absoluto</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>extremadamente</td></tr> </table>		x					nada en absoluto					extremadamente
			x																					
1	2	3																						
	x																							
nada en absoluto					extremadamente																			
RATIOS	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td> </td><td>x</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td></td></tr> </table>		x			0	1	2		<p>¿Qué tan tenso o ansioso se siente?</p> <p>Se le puede pedir al entrevistado asignar un valor entre 0 (nada) y 100 (extremadamente)</p>														
	x																							
0	1	2																						

Para una escala de ratios se requiere el uso del cero absoluto. No existe completo acuerdo sobre el nivel de medición que se aplica en algunas formas específicas de preguntas. Por ejemplo algunos dirían que la tercera formulación de la pregunta no da un intervalo sino sólo un ordenamiento. Cuando se trata de analizar estos datos se debe tener presente que los datos de escalas nominales y ordinales no se pueden sumar. Para evaluación económica se requiere que los resultados estén al menos en una escala de intervalos, esto es para poder analizar

no sólo si un programa es mejor que otro sino además para poder dimensionar cuánto mejor es.

Dependiendo de cómo se hayan formulado las preguntas se requiere obtener un puntaje por ítem evaluado (esto implica usar distintos métodos para valores nominales que por ejemplo para ratios), luego a cada ítem se le puede asignar un peso relativo para así construir un puntaje total para la escala. Asimismo, un índice se puede construir ponderando distintas escalas (o dimensiones). Por supuesto que el uso de pesos por ítems y

<sup>2</sup> <http://www.sf36.com/>

<sup>3</sup> <http://www.atsqol.org/sections/instruments/pt/pages/sick.html>



escalas trae consigo la discusión de quién determinará esos pesos. Podrían ser los investigadores, un grupo de “expertos”, de tomadores de decisión, los pacientes afectados, sus médicos tratantes o una muestra de individuos del público. Este tema se relaciona de alguna manera con los métodos de determinación de preferencias y valoración de los estados de salud, que se presenta luego. Otros aspectos a determinar son la representatividad de la muestra y el método específico para obtener los pesos.

Finalmente, en relación a los instrumentos de medición y niveles de medición se deben tener en cuenta la validez (si el instrumento mide lo que se intenta medir), la fiabilidad (si réplicas de los instrumentos bajo las mismas condiciones arrojan los mismos resultados) y el nivel de respuesta (si se pueden detectar cambios pequeños pero clínicamente significativos, por ejemplo, en el tiempo o entre las personas).

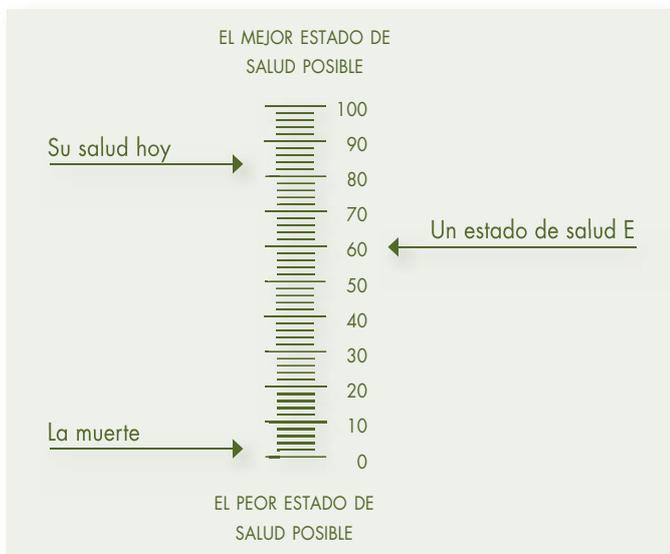
#### 4. La valoración de estados de salud

Hasta aquí hemos revisado las formas de medir que nos permiten describir los estados de salud de las personas o grupos de pacientes. Pero para evaluar distintas intervenciones o programas de salud se necesita “valorizar” los estados de salud, esto es, poder decir qué tan buenos o malos son algunos estados de salud en relación a otros. Los instrumentos más usados para llevar a cabo estas valoraciones o determinación de preferencias se describen a continuación.

##### 4.1 La escala visual análoga (Visual Analogue Scale, VAS)

Esta escala conocida como “termómetro de salud” constituye el instrumento más simple con que se pueden valorar los estados de salud. Generalmente se le pide al paciente que ubique su

Figura 4.1: Representación de los estados de salud en una escala visual análoga



estado de salud o un estado de salud específico gráficamente en un termómetro vertical como el que se muestra a continuación. La escala da como referencias el mejor estado de salud posible (en la parte superior del termómetro =100) y el peor estado de salud posible (en la parte inferior =0). Con estas indicaciones el paciente puede ubicar la muerte y los estados de salud de interés.

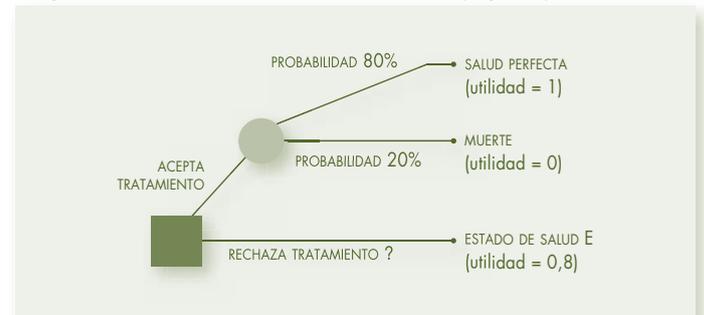
Se debe tener en cuenta que cuando se les pide a las personas ordenar estados de salud hipotéticos, éstos deben estar descritos detalladamente en todas sus dimensiones. Esto se aplica también a los otros métodos de valoración. Sólo si los individuos están muy claros de los que están valorando, los resultados tendrán sentido.

##### 4.2 El Juego de Apuestas Estándar (Standard Gamble, SG)

Basado en la teoría del consumidor, este método desarrollado por Von Neumann y Morgenstern se ha usado con frecuencia para la valoración de resultados de salud. Bajo el supuesto de comportamiento racional, la toma de decisiones bajo incertidumbre buscaría maximizar la utilidad esperada. Así por ejemplo un individuo evaluaría si aceptar o no un tratamiento, dependiendo de las expectativas de recuperación asociadas, las cuales se pueden definir por probabilidades (extraídas de los estudios clínicos aleatorizados). El siguiente ejemplo de un árbol de decisiones sirve para ilustrar cómo el método mide “utilidad” en una escala de intervalos.

Se asume el estado de la muerte con una utilidad cero, mientras que la salud perfecta con una utilidad 1; luego se le pide al individuo evaluar un estado de salud específico (podría ser el actual preintervención, denominémoslo E). La forma de evaluar el estado E es a través de considerar si aceptaría un tratamiento con probabilidad  $p$  de sanarse completamente y  $1-p$  de morir. La utilidad del estado E será la probabilidad  $p$  a la que el sujeto está indiferente entre aceptar o rechazar el tratamiento. Así, por ejemplo en la figura 4.2  $p$  resulta ser 0,8, lo que quiere decir que el individuo optará por el tratamiento ofrecido si la probabilidad de salud perfecta es  $>$  a 0,8 y rechazará el tratamiento si es  $<$  que 0,8.

Figura 4.2: Valoración de estados de salud a través del juego de apuestas estándar

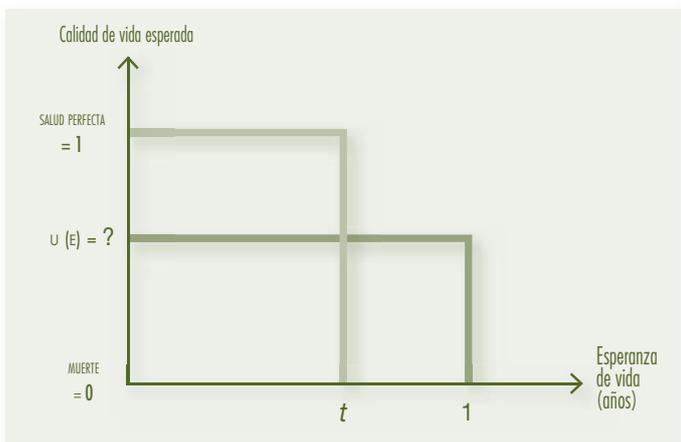




### 4.3 La equivalencia o negociación temporal (Time Trade-off, TTO)

En este método a la gente se le pide valorar un estado de salud determinado en términos de la reducción de tiempo (en años de vida) que estaría dispuesto a aceptar a cambio de la curación completa de la enfermedad. Por ejemplo, si una persona es indiferente entre a) vivir 10 años con un estado de salud E (distinto a salud perfecta) y b) 7 años de salud perfecta, entonces su valoración TTO para el estado de salud E es 0,7.

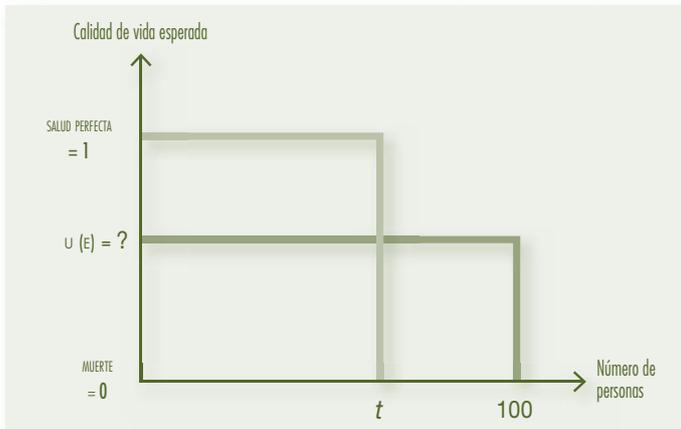
Figura 4.3: Valoración de estados de salud a través de equivalencia de tiempo



### 4.4 La equivalencia entre personas (Person Trade-off, PTO)

Finalmente en este método se les pide a los sujetos hacer equivalencias explícitas con el número de personas en distintos estados de salud. Por ejemplo, si una persona es indiferente entre a) un resultado en el que 100 personas viven por un año en un estado de salud E y b) 80 personas viviendo con salud perfecta por año, entonces su valoración PTO del estado de salud E es 0,80.

Figura 4.4: Valoración de estados de salud a través de equivalencia entre personas



Cuando nos referimos a “preferencias” que es el término amplio para denotar que existe una elección en relación a los estados de salud, algunos economistas (por ejemplo Drummond et al, 2005) distinguen entre los términos “utilidades” y “valoración”, aduciendo que la primera requiere evaluarse ante condiciones de incertidumbre (es decir, a través del método Juego Standard), mientras que la segunda se hace ante condiciones de certidumbre (con TTO o PTO). Existe cierto acuerdo en que el método VAS no necesariamente incluye una elección debido a la forma en que la pregunta es formulada (la cual sugiere más bien un ordenamiento de estados de salud). Sin embargo, con frecuencia en la literatura las preferencias en el contexto de evaluación económica se expresan indistintamente como “utilidad”, “valoración” y “preferencias”.

Tanto TTO como PTO requieren una elección, sin embargo, el método PTO no mide “utilidades” en el sentido estricto. Este método mide las preferencias en relación al bienestar de otras personas, por lo tanto, no se puede hablar del bienestar individual. Por esto, este método se puede considerar como una forma de medir la función de bienestar social. La técnica de PTO se usó para definir los pesos por discapacidad en el cálculo de DALY en el estudio de la carga global de la enfermedad (ver Murray, 1996). Sin embargo, para el cálculo de QALY, el método predilecto es TTO.

Ahora, en relación a cuál método es mejor, en general los economistas prefieren métodos basados en la elección (o sea, SG, TTO o PTO). Sin embargo, no hay acuerdo de cuál es el mejor. La revisión de Brazier y cols. no encontró mucha evidencia en el uso de PTO, mientras para VAS, TTO y PTO la evidencia se calificó como aceptable en términos de su fiabilidad al repetir el experimento. Esta revisión evidenció además que distintos métodos pueden arrojar distintos resultados. Aunque se encontró correlación entre VAS y TTO no hubo mucha correlación entre VAS y SG. Por lo demás se evidenció una correlación fuerte entre los resultados VAS y los estados de salud, ratificando que VAS no es un buen método para obtener preferencias. Por esta razón algunos economistas (por ejemplo Paul Kind) han decidido usar VAS en forma complementaria a TTO cuando buscan determinar preferencias.

## 5. Escalas de clasificación de estados de salud multiatributos con medidas de preferencia

La medición de preferencias por estados de salud como se explica en la sección anterior requiere de bastante tiempo y trabajo. Es por esto que han surgido los sistemas de clasificación de estados de salud multiatributos (o multidimensionales) con los cuales las preferencias son obtenidas indirecta e independientemente de la patología en cuestión (al ser genéricas). Las clasificaciones más conocidas y usadas en este contexto son la encuesta de Calidad del Bienestar (Quality of Well-Being -QWB), El Índice de Utilidad de la Salud (Health Utility Index -HUI) y la encuesta de Calidad de Vida de 5 dimensiones (EQ 5D) (ver capítulo 6, Drummond 2005).



Los distintos sistemas difieren básicamente en el tipo y número de dimensiones que se consideran para describir un estado de salud, como también en los métodos usados para obtener las preferencias. Sin embargo, el objetivo fundamental de estas clasificaciones multiatributos es que un estado de salud

puede traducirse en un número finito de atributos, los cuales provienen de las dimensiones evaluadas y de la cantidad de respuestas en que éstas se gradúan. La tabla siguiente muestra las principales características de algunos de estos métodos.

**Tabla 5.1**  
*Clasificaciones de estados de salud multiatributos*

Sistema	Número de dimensiones (graduaciones de respuestas)	Estados de Salud	Método de valoración
Rosser	2 (8 y 4)	29	ME y síntesis
QWB	3 (3) + 27 síntomas	1.170	VAS
HUIII	8 (5/6)	972.000	VAS y SG
EQ-5D	5 (3)	243	TTO

Las dimensiones medidas en el índice Rosser son discapacidad y distrés. La escala QWB evalúa las siguientes dimensiones: movilidad, actividad física y actividad social, y además chequea la existencia de síntomas específicos. La versión III del HUI considera ocho dimensiones: visión, audición, habla, capacidad de caminar, destreza, emoción, cognición y dolor. Finalmente el cuestionario EQ-5D mide las siguientes 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades habituales, dolor o malestar y angustia o depresión.

La versión estandarizada del EQ-5D fue diseñada para valorar los estados de salud con la VAS, pero actualmente los estudios incluyen la VAS en conjunto con algún otro método basado en elección (SG o TTO). La valoración de los estados de salud a través de la encuesta EQ-5D se ha llevado a cabo en diversos países, principalmente europeos y hasta hace poco sólo en EE.UU. dentro del continente americano.

En Chile la Superintendencia de Salud encargó un estudio de valoración social de estados de salud cuyos resultados fueron publicados en enero del 2009 y el informe detallado se encuentra disponible en su página web<sup>4</sup>. El estudio, que usó el sistema EQ-5D, consideró a la población de 20 y más años de la Región Metropolitana. La muestra alcanzó a los 2.000 individuos, quienes expresaron sus preferencias respecto de 42 estados de salud. Esta información (analizada econométricamente) permite la extrapolación a los 243 estados de salud posible con esta clasificación.

Contar con información sobre las preferencias relativas en salud en la población chilena reviste vital importancia no sólo para la evaluación económica de intervenciones sino además para el análisis de resultados en salud por sí mismo. En evaluación económica los datos de este estudio permitirán llevar a cabo estudios de costo-utilidad con QALY como medida de resultado final, lo que en esta disciplina se considera la metodología superior.

## 6. Referencias Bibliográficas

- Bergner, M.; Bobbitt, R.; Carter, W.; and Gilson, B. (1981): The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981;19:787-805.
- Brazier, J.; Deverill, M.; Green, C.; Harper, R. and Booth, A. (1999): A review of the use of health status measures in economic evaluation. *Health Technology Assessment* 1999; Vol. 3: No. 9
- Drummond, M.; Sculpher, M.; Torrance, G.; O'Brien, B. and Stoddart, G. (2005): *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes* (Third Edition), Oxford University Press, 2005.
- Katz, S. and Akpom, C. (1976): Index of ADL. *Medical Care* 1976;14: 116-8.
- Murray, C. (1994): Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years, *Bulletin of the World Health Organization*, 72 (3): 429-445.
- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, Nº 10, pp. 1.403-1.409.
- Superintendencia de Salud (2009): Valoración social de los estados de salud de EQ-5D en la población de 20 años y más de la Región Metropolitana de Chile. Informe Final EVES 2008 DATAVOZ, Superintendencia de Salud –Enero 2009.
- Von Neumann, J. and Morgenstern, O. (1953): *Theory of games and economic behaviour*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1953.

4 [http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-5213\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-5213_recurso_1.pdf)



# Una mirada al financiamiento y el gasto en Salud del Gobierno General en base a las estadísticas de Cuentas Satélite de Salud

Alain Palacios Quezada<sup>1</sup> / apalacios@minsal.cl

Hablar de financiamiento y gasto en el sector público es, sin duda un tema difícil de abordar, debido a las características de la información, los conceptos de gasto y financiamiento utilizados y la forma de tratar contable y presupuestariamente el tema, pero a la vez muy interesante de estudiar desde la óptica de la economía de la salud.

En este artículo intentaremos abordar el financiamiento y el gasto en salud a partir de información que proporciona la Cuenta Satélite de Salud<sup>2</sup>, la cual utiliza los lineamientos metodológicos del Sistema de Cuentas Nacionales. Por lo tanto, se utilizarán variables y conceptos que de esta metodología se derivan. Por otra parte, además, se intentará revisar y explicar las vinculaciones que se producen entre el financiamiento y el gasto.

Un aspecto importante de considerar es la delimitación del sector público de la salud. Las instituciones incluidas en este análisis corresponden a las dependientes del Ministerio de Salud, es decir, al Sistema Nacional de Servicios de Salud, al Instituto de Salud Pública, el Fondo Nacional de Salud, la Superintendencia de Salud, la Subsecretaría de Salud Pública y SEREMI de Salud, la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Central de Abastecimiento del SNSS, y se incluye, además, la Atención Primaria Municipalizada. Es decir, no están considerados en el análisis los organismos de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden.

Desde el punto de vista del esfuerzo financiero que realiza el Estado para financiar la salud, sólo se considerarán aquellas fuentes de recursos que no han sido directamente financiadas por el sector hogares. En este sentido, se dejará fuera del análisis a todos aquellos ingresos<sup>3</sup> relativos a copagos, a ingresos por acciones de salud pública u otros ingresos menores. Sin embargo, y a pesar que las cotizaciones de salud son financiadas por los hogares, éstas constituyen parte integrante del sistema de financiamiento de la salud en Chile, y constituyen

un pago obligatorio para los cotizantes del seguro público de salud, FONASA, por tanto serán contabilizadas como fuente de financiamiento del sector.

A partir de lo anterior, es necesario determinar los gastos financiados con recursos estatales, para ello se utiliza el concepto de "Gasto en consumo del gobierno".

El periodo a analizar corresponde al quinquenio 2003-2007.

## 1. El financiamiento de la salud en el Gobierno General

Al identificar las principales fuentes de financiamiento del sector distinguimos entre: "Contribuciones sociales recibidas"<sup>4</sup>, "Otras transferencias corrientes netas"<sup>5</sup>, "Rentas de la propiedad recibidas"<sup>6</sup> y "Otros ingresos"<sup>7</sup>. Y como señalamos anteriormente, este análisis no considerará los copagos y otros ingresos corrientes como fuentes de financiamiento, en el entendido que estos ingresos son financiados por terceros y no por el Gobierno.

El cuadro 1.1 presenta el financiamiento de la salud por componente medido en valores absolutos y en porcentajes sobre el financiamiento total, durante el periodo 2003-2007.

El año 2007 el financiamiento alcanzó los \$ 2,2 billones, con un financiamiento corriente que bordeaba los \$ 2,1 billones y sólo de \$ 136 mil millones para inversión sectorial. La participación del financiamiento corriente alcanzó el 94% sobre un 6% de financiamiento para inversión.

<sup>1</sup> Investigador del Departamento de Economía de la Salud.

<sup>2</sup> Ministerio de Salud (2009).

<sup>3</sup> Sólo el caso de CENABAST constituye la excepción, debido a que se financia casi completamente a través de sus ingresos de operación.

<sup>4</sup> Corresponde a las cotizaciones obligatorias del 7% de salud de FONASA, también incluye cotizaciones de la ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

<sup>5</sup> Corresponde a todos los distintos tipos de transferencias corrientes que se realizan tanto dentro del Gobierno General como entre el Gobierno General y otras instituciones. Entre las transferencias más importantes encontramos al: Aporte Fiscal, per cápita, Bienes de Salud Pública, Prestaciones Valoradas, Prestaciones Institucionales, Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios (FUPF), entre otras.

<sup>6</sup> Corresponde a los intereses recibidos y rentas distribuidas de las sociedades (dividendos) recibidos por el Gobierno General.

<sup>7</sup> Corresponde exclusivamente a los ingresos netos de CENABAST.



Cuadro 1.1

Financiamiento de la Salud del Gobierno General • 2003-2007 (MM\$ 2007)

	2003	2004	2005	2006	2007
Contribuciones sociales recibidas (D.61)	616.928	650.173	718.182	805.499	843.664
Otras transferencias corrientes netas (D.7)	794.640	869.379	960.311	1.106.719	1.207.321
Renta de la propiedad recibida (D.41, D.42)	6.114	2.635	729	759	638
Otros ingresos (a)	3.425	3.445	3.278	6.886	4.612
Financiamiento Corriente (1)	1.421.108	1.525.633	1.682.501	1.919.863	2.056.234
Transferencias de capital netas (D.9)	40.581	47.120	72.314	107.342	136.357
Financiamiento para Inversión (2)	40.581	47.120	72.314	107.342	136.357
Total Financiamiento (3) = (1) + (2)	1.461.689	1.572.753	1.754.814	2.027.206	2.192.591
Contribuciones sociales recibidas (D.61)	42,2%	41,3%	40,9%	39,7%	38,5%
Otras transferencias corrientes netas (D.7)	54,4%	55,3%	54,7%	54,6%	55,1%
Renta de la propiedad recibida (D.41, D.42)	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Otros ingresos (a)	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%
Financiamiento Corriente (1)	97,2%	97,0%	95,9%	94,7%	93,8%
Transferencias de capital netas (D.9)	2,8%	3,0%	4,1%	5,3%	6,2%
Financiamiento para Inversión (2)	2,8%	3,0%	4,1%	5,3%	6,2%
Total Financiamiento (3) = (1) + (2)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Ministerio de Salud (2009). Los códigos corresponden a las variables de la Cuenta Satélite de Salud. Cifras llevadas a pesos de 2007 por IPC de diciembre. En anexos se presentan cifras nominales.

(a): Corresponde a los ingresos netos de CENABAST (P.1b - K.1)

Durante el quinquenio 2003-2007 el financiamiento creció a una tasa promedio anual del 11%, acumulando un crecimiento del 50%. Las alzas más significativas las registraron las "Transferencias de capital netas" con un 236%, seguidas de "Otras transferencias corrientes netas", "Contribuciones sociales recibidas" y "Otros ingresos", con un crecimiento del 52%, 37% y 35%, respectivamente. Por su parte, el financiamiento corriente alcanzó un crecimiento del 45% durante el periodo.

Al observar la participación relativa de los distintos componentes del financiamiento, las "Otras transferencias corrientes

netas" representan durante el quinquenio 2003-2007 un 55% promedio anual del financiamiento total, con lo cual se presenta como la principal fuente de financiamiento, seguida por las "Contribuciones sociales recibidas", con un aporte del 41% promedio anual. Por otro lado, las "Transferencias de capital netas" alcanzan el 4% promedio anual.

Respecto de su evolución durante el periodo, las "Otras transferencias corrientes netas" se han mantenido en torno al 55% de participación, en cambio las "Contribuciones sociales recibidas" han experimentado una caída, pasando de 42% el año 2003



a un 38% el año 2007. A su vez, las “Transferencias de capital netas” pasaron de un 3% a un 6% en el mismo periodo.

En el caso de las “Rentas de la propiedad recibidas”, las cuales consideran la ganancia de intereses y dividendos, y “Otros ingresos”, que corresponden exclusivamente a la utilidad percibida por CENABAST, en el entendido que esta institución debe financiar sus gastos de operación a través de los ingresos recibidos por concepto de márgenes de comercialización, presentan una participación marginal en el financiamiento total.

Lo anterior nos indica claramente que el sistema de salud público chileno tiene un financiamiento mixto, con dos fuentes principales, por un lado, las transferencias corrientes y transferencias de capital, que en su mayoría constituyen aporte fiscal y, por otro, las contribuciones sociales, donde encontramos las cotizaciones de salud. El financiamiento del sector tiene una predominancia de aportes estatales directos, alcanzando un 60% de participación.

## 2. El gasto en salud del Gobierno General

En el caso del gasto, y a diferencia del análisis tradicional, podemos identificar como componentes del gasto corriente, a la “Renta de la propiedad pagada”<sup>8</sup>, las “Prestaciones sociales netas (de copagos)”<sup>9</sup>, el “Gasto de consumo individual”<sup>10</sup>, “Gasto de consumo colectivo”<sup>11</sup> y “Otros gastos”<sup>12</sup>. Y como gasto de capital, la “Formación bruta de capital fijo”<sup>13</sup>, la “Variación de existencias”<sup>14</sup> y la “Adquisición neta de activos no financieros no producidos”<sup>15</sup>.

8 Corresponde a los intereses pagados por el Gobierno.

9 Corresponden en un 80% a prestaciones de salud pagadas por FONASA en la Modalidad de Libre Elección (MLE) y en un 20% a subsidios por incapacidad laboral, subsidios por reposo maternal y enfermedad grave del hijo menor de un año y subsidios por accidentes del trabajo, del trayecto y enfermedades profesionales, pagadas por los Servicios de Salud.

10 Corresponde a los gastos que realiza el gobierno (en nombre de toda la sociedad) para producir bienes y servicios individuales de salud.

11 Corresponde a los gastos que realiza el gobierno (en nombre de toda la sociedad) para producir bienes y servicios colectivos de salud.

12 Corresponde a los gastos de CENABAST para llevar a cabo su operación (D.1 Remuneraciones y P.2 Consumo intermedio).

13 Corresponde al gasto en todos aquellos activos fijos tangibles como intangibles, entre los que encontramos el gasto en edificaciones/construcción, máquinas y equipos, muebles, equipo de transporte, programas y sistemas informáticos, entre otros. En el documento “Cuenta Satélite de Salud, Chile, 2003-2007. Primera etapa”, capítulo IV, secciones 2.3 y 4.3, se puede encontrar una desagregación por producto de la formación bruta de capital fijo por institución y servicio de salud.

14 Corresponde exclusivamente a la variación de stock de productos de CENABAST, como medicamentos, productos de los programas de alimentación, insumos, entre otros.

15 Corresponde exclusivamente la adquisición de tierras y terrenos. Cabe mencionar, que es muy probable que debido al mejoramiento del clasificador presupuestario el año 2005, no se presente información antes de dicho año, sólo por un aspecto de desagregación de los datos.

En general, en el sector salud se suelen utilizar como componentes del gasto a las remuneraciones, el gasto en bienes y servicios de consumo y las transferencias, entre otros gastos. Sin embargo, las variables de gasto en consumo presentan la característica de poder reflejar de mejor manera el gasto, dividiéndolo en gasto individual y colectivo, propiedad que permite identificar aquellos bienes y servicios que son consumidos por los hogares en forma individual, de aquellos que son consumidos en forma colectiva. Entre los servicios de consumo individual encontramos a las consultas médicas, controles, hospitalizaciones, exámenes, intervenciones quirúrgicas, entre otros; y a su vez en los bienes, podemos identificar los alimentos que se entregan a través de programas, las inmunizaciones, los medicamentos, entre otros. En cambio, los bienes y servicios colectivos se refieren a las campañas sanitarias, a la vigilancia epidemiológica, la regulación, rectoría y administración en salud, entre otros. Éstos tienen la característica de beneficiar a un conjunto de personas, que pueden estar agrupadas en comunas, ciudades, regiones o a nivel nacional.

Cabe señalar que la construcción de las variables de gasto en consumo se realiza a través de la metodología de Cuentas Satélite de Salud, la cual a su vez se ampara en el Manual del Sistema de Cuentas Nacionales. Lo anterior es importante de señalar, ya que para producir estos bienes y servicios es necesario utilizar personal e insumos, es decir, existe un gasto en remuneraciones y en bienes y servicios de consumo<sup>16</sup>.

Al sumar el “Gasto de consumo individual” y el “Gasto de consumo colectivo” obtenemos el “Gasto de consumo final” del gobierno. Este gasto de consumo final corresponde al gasto realizado por el gobierno en bienes y servicios individuales y colectivos en nombre de toda la sociedad<sup>17</sup>, financiados por las contribuciones sociales y las transferencias corrientes, por lo tanto no considera los copagos ni otros ingresos de operación para su financiamiento.

16 El gasto en consumo del gobierno se construye a partir de la producción bruta (P.1b), es decir, incluye también el consumo de capital fijo, pero se le descuentan los ingresos percibidos (ingresos por ventas) y además se le agregan todas aquellas compras de servicios realizadas por el gobierno, que no constituyen una producción propia, como, por ejemplo, las compras de intervenciones quirúrgicas, diálisis, alimentos, etc., los cuales han sido producidos por terceros.

17 La “sociedad” está integrada por los agentes que participan de las actividades económicas que se desarrollan en el país: los hogares, las sociedades, el propio gobierno y las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares.



**Cuadro 2.1**  
Gasto en salud del Gobierno General • 2003-2007 (MM\$ 2007)

	2003	2004	2005	2006	2007
Renta de la propiedad pagada (D.41)	6.131	2.639	720	750	567
Prestaciones sociales netas (D.62)	237.741	259.451	275.733	318.900	349.428
Gasto de consumo individual (P.31)	1.134.409	1.252.596	1.321.580	1.524.297	1.652.106
Gasto de consumo colectivo (P.32)	60.175	68.094	68.241	76.911	85.769
Otros gastos (b)	3.779	3.905	4.132	4.609	5.654
		1.586.684	1.670.405	1.925.468	2.093.524
Formación bruta de capital fijo (P.51)	52.959	56.515	84.540	130.863	164.302
Variación de existencias (P.52)	-7.244	1.259	4.430	-3.961	3.383
Adquisición neta de activos no financieros no producidos (K.2)	0	0	410	862	3.213
Gasto de Capital (5)	45.715	57.774	89.379	127.763	170.898
<b>Total Gasto (6) = (4) + (5)</b>	<b>1.487.951</b>	<b>1.644.458</b>	<b>1.759.785</b>	<b>2.053.231</b>	<b>2.264.422</b>
Renta de la propiedad pagada (D.41)	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Prestaciones sociales netas (D.62)	16,0%	15,8%	15,7%	15,5%	15,4%
Gasto de consumo individual (P.31)	76,2%	76,2%	75,1%	74,2%	73,0%
Gasto de consumo colectivo (P.32)	4,0%	4,1%	3,9%	3,7%	3,8%
Otros gastos (b)	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Gasto Corriente (4)	96,9%	96,5%	94,9%	93,8%	92,5%
Formación bruta de capital fijo (P.51)	3,6%	3,4%	4,8%	6,4%	7,3%
Variación de existencias (P.52)	-0,5%	0,1%	0,3%	-0,2%	0,1%
Adquisición neta de activos no financieros no producidos (K.2)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Gasto de Capital (5)	3,1%	3,5%	5,1%	6,2%	7,5%
<b>Total Gasto (6) = (4) + (5)</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Ministerio de Salud (2009). Los códigos corresponden a las variables de la Cuenta Satélite de Salud. Cifras llevadas a pesos de 2007 por IPC de diciembre. En anexos se presentan cifras nominales.

(b) Corresponde a los gastos de CENABAST para llevar a cabo su operación (D.1 Remuneraciones y P.2 Consumo intermedio).



Este último punto cobra relevancia cuando se quiere conocer cuánto es el gasto efectivo que el gobierno realiza en salud, ya que al considerar los copagos y otros ingresos se distorsiona el volumen de gasto.

El cuadro 2.1 presenta el gasto en salud por componente medido en valores absolutos y en porcentajes.

El año 2007 el gasto total alcanzó los \$ 2,3 billones, con un gasto corriente de \$ 2,1 billones y un gasto de capital de \$ 171 mil millones. Esto generó una participación del gasto corriente de un 92% y del gasto de capital de un 8%.

La tasa anual promedio de crecimiento del gasto total alcanzó el 11%, acumulando un crecimiento de 52% en el periodo. Por su parte, el gasto corriente aumentó en un 45% y el gasto de capital en un 274% durante el quinquenio. Las alzas más significativas en el gasto corriente las experimentaron las "Prestaciones sociales pagadas netas" con un 47% y el "Gasto de consumo individual" con un 46%, seguidas por el "Gasto de consumo colectivo" con un 43%. En el caso de la "Renta de la propiedad pagada" ésta cayó un 91%.

Por su parte, los componentes del gasto de capital experimentaron un crecimiento significativo, la "Formación bruta de capital fijo" creció un 210%, la "Variación de existencias" un 147% y la "Adquisición neta de activos no financieros no producidos" un 685%<sup>18</sup>.

Desde el punto de vista de la participación en el gasto, encontramos que los ítems más relevantes corresponden al "Gasto de consumo individual" con una participación promedio anual de 75%, seguido de las "Prestaciones sociales pagadas netas" con un 16%, la "Formación bruta de capital fijo" con un 5% y el "Gasto de consumo colectivo", con un 4%.

Resulta importante señalar que el gasto del sector se concentra en la provisión de bienes y servicios de salud, lo cual se expresa en la adición del "Gasto de consumo individual y colectivo" y las "Prestaciones sociales pagadas netas", donde para el año 2007 alcanzan un 92% del gasto total.

Ahora si deseamos afinar el análisis, en el sentido de concentrarnos en la provisión de bienes y servicios de consumo individual, podemos observar que para el mismo año el "Gasto de consumo individual" y las "Prestaciones sociales pagadas netas" sumaban \$ 2 billones (88% del gasto total), monto que fue directamente en beneficio de los hogares, al aumentar su consumo efectivo

en bienes y servicios de salud<sup>19</sup>. En consecuencia, si tomamos a la población beneficiaria de FONASA, obtenemos que cada beneficiario realizó el año 2007 un consumo promedio en bienes y servicios de salud, financiados por el Gobierno, de 170 mil pesos durante ese año.

### **3. El ahorro y el préstamo neto en Salud del Gobierno General**

En esta sección se analizará la interacción entre el financiamiento y el gasto en el sector salud, desde la óptica del Sistema de Cuentas Nacionales, pero que, sin embargo, tiene bastantes puntos de encuentro con el análisis más clásico de la contabilidad pública.

En este contexto existen dos variables importantes que son muy útiles para analizar el sector salud, nos referimos al ahorro (desahorro) y el préstamo neto (endeudamiento neto).

Podemos observar que en el cuadro 3.1 se introducen estas variables, ahorro/desahorro y préstamo neto/endeudamiento neto, las cuales encontramos tanto en el análisis de cuentas nacionales como de la contabilidad pública. El nexo entre estos dos análisis le corresponde al consumo de capital fijo<sup>20</sup>.

En el ámbito de las cuentas nacionales los saldos pueden presentarse bruto o neto de consumo de capital fijo. Es así como el ahorro neto es una variable estrictamente de cuentas nacionales, a diferencia del ahorro bruto, el cual es conceptualmente consistente tanto en el análisis de la contabilidad pública como en las cuentas nacionales.

De esta forma, el ahorro neto corresponde al ahorro bruto descontado el consumo de capital fijo. El ahorro bruto por

<sup>19</sup> Para calcular el consumo efectivo de los hogares en salud se debe sumar: el gasto de bolsillo, más las transferencias sociales en especie (gasto de consumo individual del gobierno y de las Instituciones Sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares (ISFLSH), más las prestaciones sociales del gobierno y más las indemnizaciones de los seguros privados de salud (es decir, más las prestaciones de salud de las ISAPRES). La suma de todos estos componentes constituye el consumo efectivo en bienes y servicios de salud que realizan los hogares. Es aquí también donde toma relevancia el concepto de consumo de capital fijo, ya que económicamente el valor que tienen dichos bienes y servicios transferidos por el Gobierno es superior al considerarlo sólo por sus costos corrientes, ya que para producir dichos bienes y servicios se utilizan activos fijos que se desgastan a través de su uso, y eso tiene un costo que impacta en el valor final del bien o servicio.

<sup>20</sup> El consumo de capital fijo es una variable no observable, que valora el desgaste de los activos fijos en el proceso productivo, corresponde a un gasto estimado que representa un valor económico más que un flujo monetario, que particularmente no está considerado en la contabilidad pública tradicional, sin embargo, en la última versión del manual de las Estadísticas de Finanzas Públicas (EFP) se recomienda que dichas estadísticas incluyan el cálculo del consumo de capital fijo. La estimación de esta variable en la Cuenta Satélite de Salud se realizó a partir de los stocks de activo fijo de cada periodo, a los cuales se les aplica una tasa de depreciación de mercado por tipo de activo fijo.

<sup>18</sup> Debido a que los años 2003 y 2004 este ítem de gasto fue cero, se tomó como periodo los años 2005 a 2007.



Cuadro 3.1

Ahorro/Desahorro y Préstamo/Endeudamiento en Salud • Gobierno General 2003-2007 (MM\$ 2007)

	2003	2004	2005	2006	2007
Financiamiento Corriente (1)	1.421.108	1.525.633	1.682.501	1.919.863	2.056.234
Financiamiento para Inversión (2)	40.581	47.120	72.314	107.342	136.357
Total Financiamiento (3) = (1) + (2)	1.461.689	1.572.753	1.754.814	2.027.206	2.192.591
Gasto Corriente (4)	1.442.235	1.586.684	1.670.405	1.925.468	2.093.524
Gasto de Capital (5)	45.715	57.774	89.379	127.763	170.898
Total Gasto (6) = (4) + (5)	1.487.951	1.644.458	1.759.785	2.053.231	2.264.422
[B.8n] Ahorro Neto / Desahorro Neto (7) = (1) - (4)	- 21.128	- 61.052	12.095	- 5.604	- 37.290
Consumo de Capital Fijo (8)	62.399	63.985	68.514	71.953	72.232
Ahorro Bruto (9) = (7) + (8)	41.271	2.933	80.609	66.348	34.942
[B.9] Préstamo Neto/Endeudamiento Neto (10)=(3) - [(6)-(8)]	36.137	- 7.720	63.544	45.927	401

Fuente: Elaboración propia en base a CSS, MINSAL (2009). Los códigos [ ] corresponden a las variables de la Cuenta Satélite de Salud. Cifras llevadas a pesos de 2007 por IPC de diciembre.

definición es de suma cero de consumo de capital fijo, lo cual lo hace consistente con el ahorro que se obtiene de la contabilidad pública.

A diferencia del ahorro, en el caso del préstamo/endeudamiento, no se utiliza en el análisis de cuentas nacionales el concepto bruto. Por otro lado, el préstamo neto/endeudamiento neto también es un saldo conceptualmente consistente entre el análisis de la contabilidad pública y cuentas nacionales. Además, también es de suma cero de consumo de capital fijo.

En este sentido, es necesario advertir que la valoración del gasto que hemos presentado tiene un enfoque económico, ya que considera como gasto al consumo de capital fijo. Sin embargo, en el sector no se utiliza a menudo este concepto que es tremendamente útil, ya que permite conocer si se está invirtiendo lo suficiente, porque si la inversión es sostenidamente menor que el consumo de capital fijo a lo largo del tiempo, implica que se están consumiendo los activos fijos a una tasa superior a la de su reposición, lo cual puede producir serios problemas de sostenibilidad del sistema, respecto a la capacidad para satisfacer la creciente demanda de servicios médicos y hospitalarios.

De esta forma el ahorro neto también posee un carácter económico, ya que tiene implícito el consumo de capital fijo por

el lado del gasto. Por lo tanto, su valor considera el desgaste de los activos fijos que se produce en el proceso productivo, el cual no es un flujo de caja, pero sí una pérdida en el valor de los activos.

Para ilustrar la relación entre el ahorro bruto y el ahorro neto es posible considerar una situación donde el ahorro bruto sea cercano a cero, lo que supone que los ingresos corrientes son similares a los gastos corrientes. Bajo este supuesto el valor del ahorro/desahorro neto será similar al valor negativo del consumo de capital fijo.

Si además agregamos a lo anterior el hecho que en la administración pública los gastos de capital son financiados por transferencias de capital, a diferencia de lo que ocurre en el sector privado, en donde es el ahorro el que financia los gastos de inversión, tenemos que en el mejor de los mundos el ahorro bruto es cercano a cero, y además el financiamiento y gasto de inversión están en equilibrio, lo que produce un préstamo neto/endeudamiento neto, también cercano a cero.

Sin embargo, lo que ocurre en la realidad es una situación muy diferente.

Al observar los datos del cuadro 3.1 podemos inferir, en primer lugar, que el Gobierno General presenta durante el periodo una



situación de ahorro bruto para todos los años. Mostrando una situación cercana al equilibrio sólo el año 2004, con cerca de MM\$ 3.000 de ahorro. En cambio, al año siguiente, el ahorro bruto alcanza un peak con MM\$ 80.609, para llegar finalmente a cerca de MM\$ 35.000 el año 2007.

Respecto al préstamo neto/endeudamiento neto, encontramos que el Gobierno General es un prestamista neto, salvo el año 2004, donde se vuelve un deudor neto con cerca MM\$ -7.800. Al igual que lo que ocurre con el ahorro bruto el año 2005, el Gobierno General alcanza un peak con cerca de MM\$ 64.000. Sin embargo, el año 2007 se produce una situación bastante especial, ya que el préstamo neto sólo llega a los MM\$ 400, lo cual lo sitúa en una condición de equilibrio.

A partir de lo anterior, es importante señalar que durante todo el periodo el financiamiento para inversión no es suficiente para cubrir los gastos de capital, con lo cual parte de dichos gastos deben ser financiados con ahorro bruto. De esta forma, la diferencia entre el ahorro bruto y el préstamo neto corresponde a los gastos de capital que no fueron financiados a través de transferencias de capital.

Para el año 2003, el gasto de capital ni siquiera cubría la reposición de activos, alcanzando sólo al 64% del consumo de capital fijo. Al año siguiente esta proporción llega a un 89%, y sólo a partir del año 2005 se revierte esta situación, llegando el gasto neto de capital a MM\$ 21.000, que corresponde a un 23% del gasto total de capital. El año 2007 el gasto neto de capital se situó en cerca de MM\$ 99.000, lo que representa un 58% del gasto total de capital.

La situación del Gobierno General se presenta bastante particular, ya que por una parte no está gastando todos sus recursos corrientes, y por otra el financiamiento de inversión es sostenidamente inferior a los gastos de capital. De esta forma, para cubrir dichos déficits es necesario recurrir al ahorro bruto para financiar estos gastos. Y a pesar de lo anterior el Gobierno General se presenta como un prestamista neto, salvo los años 2004 y 2007.

Para comprender estos resultados es necesario contextualizar el análisis. En primer lugar, se está analizando a un conjunto de instituciones, con situaciones de financiamiento y gasto que son bastante disímiles, y además no hay que olvidar que estas variables son agregadas.

En segundo lugar, la creencia de que el sector salud es un deudor neto se hecha por tierra, bajo esta óptica de análisis, pero es necesario recordar que muchas veces las situaciones de deuda de los Servicios de Salud ocurren en un momento del año, lo cual es una mirada mucho más de corto plazo, a diferencia de lo que se está realizando a partir de esta información, que contempla datos anuales y devengados.

Y, en tercer lugar, cualquier deuda que tenga el sector está más relacionada con "stocks" que con "flujos". En este sentido, puede existir una deuda "histórica" de los Servicios de Salud, pero ésta no tiene por qué verse reflejada en los presupuestos de cada año.

Finalmente, es posible determinar si el Gobierno General está pagando dicha deuda a través de los movimientos de su cuenta financiera, donde el préstamo neto juega un rol fundamental. Ya que muchas veces dicho préstamo neto se utiliza para disminuir los pasivos financieros. Y en el caso que exista endeudamiento neto, está ocurriendo lo contrario, ya que están aumentando dichos pasivos financieros.

## 4. Conclusiones

A modo de conclusiones podemos mencionar lo siguiente:

- Durante el periodo 2003-2007 el financiamiento del sector ha experimentado una tasa de crecimiento promedio de un 11% anual, sus componentes principales lo constituyen las "Otras transferencias corrientes netas" y las "Contribuciones sociales recibidas". El aporte directo que realiza el estado para financiar el sector salud alcanza al 61% del total (año 2007). El resto es financiado por las cotizaciones de salud de la población (hogares). En este periodo se observa que la participación de las "Contribuciones sociales recibidas" ha disminuido, en cambio las "Otras transferencias corrientes netas" han aumentado. El financiamiento para inversión ha experimentado un crecimiento sostenido, alcanzando un 236% durante el periodo analizado.
- Por su parte, el gasto también ha crecido a una tasa de 11%, siendo sus principales componentes el "Gasto de consumo individual", "Prestaciones sociales pagadas netas", "Formación bruta de capital fijo" y "Gasto de consumo colectivo". Durante el año 2007 el 88% del gasto (Gasto de consumo individual [73%] y Prestaciones sociales pagadas netas [15%]) fue consumido por la población beneficiaria de FONASA como bienes y servicios de salud individuales, alcanzando los \$ 170 mil per cápita (año 2007). Por su parte, el gasto de capital creció por sobre el financiamiento de inversión, alcanzando un 274%.
- Al momento de contrastar el financiamiento y el gasto en salud, encontramos que el Gobierno General muestra un ahorro bruto durante todo el periodo, presentando sólo para el año 2004 una situación donde los ingresos corrientes son similares a los gastos corrientes.
- Por su parte el financiamiento para inversión es sistemáticamente inferior a los gastos de capital. Además, este desfinanciamiento presenta una tasa creciente durante el periodo, ya que para el año 2003 alcanzaba sólo a MM\$ -5.134, y el año 2007 llegó a situarse en MM\$ -34.541.
- Respecto a los gastos de capital, al comienzo del periodo éstos eran insuficientes para siquiera cubrir la reposición de activos. Sin embargo, a partir del año 2005, esta situación cambia, manteniéndose así hasta el año 2007,



donde los gastos de capital netos alcanzan los cerca de MM\$ 99.000.

- Finalmente, a partir de la situación particular del Gobierno General, la cual presenta un ahorro bruto y un desfinanciamiento de inversión, es el caso que para cubrir el creciente gasto de capital se debe recurrir al ahorro bruto, y a pesar

de ello, la situación del Gobierno General es de prestamista neto durante todo el periodo, salvo el año 2004. Lo único que podría aventurarse respecto de este hecho es que el Gobierno esté amortizando su deuda financiera con estos recursos, pero para dar fe de ello es necesario profundizar en el análisis.

## Anexo

### Financiamiento y Gasto en Salud • Gobierno General 2003-2007 (MM\$ corrientes)

	2003	2004	2005	2006	2007
Contribuciones sociales recibidas (D.61)	525.371	567.127	649.400	747.055	843.664
Otras transferencias corrientes netas (D.7)	676.708	758.334	868.339	1.026.421	1.207.321
Renta de la propiedad recibida (D.41, D.42)	5.207	2.298	660	704	638
Otros ingresos (a)	2.917	3.005	2.964	6.387	4.612
Financiamiento Corriente (1)	1.210.202	1.330.764	1.521.362	1.780.567	2.056.234
Transferencias de capital netas (D.9)	34.559	41.101	65.388	99.554	136.357
Financiamiento para Inversión (2)	34.559	41.101	65.388	99.554	136.357
Total Financiamiento (3) = (1) + (2)	1.244.761	1.371.866	1.586.751	1.880.121	2.192.591
Renta de la propiedad pagada (D.41)	5.221	2.302	651	696	567
Prestaciones sociales netas (D.62)	202.458	226.311	249.325	295.762	349.428
Gasto de consumo individual (P.31)	966.053	1.092.603	1.195.008	1.413.701	1.652.106
Gasto de consumo colectivo (P.32)	51.245	59.397	61.706	71.331	85.769
Otros gastos (b)	3.218	3.406	3.736	4.275	5.654
Gasto Corriente (4)	1.228.194	1.384.018	1.510.426	1.785.765	2.093.524
Formación bruta de capital fijo (P.51)	45.100	49.296	76.443	121.368	164.302
Variación de existencias (P.52)	- 6.169	1.098	4.005	- 3.674	3.383
Adquisición neta de activos no financieros no producidos (K.2)	0	0	370	799	3.213
Gasto de Capital (5)	38.931	50.394	80.819	118.493	170.898
Total Gasto (6) = (4) + (5)	1.267.125	1.434.412	1.591.245	1.904.258	2.264.422

Fuente: Ministerio de Salud (2009). Los códigos corresponden a las variables de la Cuenta Satélite de Salud.

(a): Corresponde a los ingresos netos de CENABAST (P.1 – K.1).

(b): Corresponde a los gastos de CENABAST para llevar a cabo su operación (D.1 Remuneraciones y P.2 Consumo intermedio).



## 5. Referencias Bibliográficas

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

Cid, C. (2008): Causas estructurales de los problemas de inequidad en el acceso a la salud en Chile. Revista Chilena de Salud Pública 2008; Vol. 12(2): 103-109.

Ministerio de Salud (2009): Cuenta Satélite de Salud, Chile, 2003-2007. Primera etapa. Unidad de Cuentas de Salud y Análisis Sectorial, Departamento

de Economía de la Salud, MINSAL, Santiago de Chile de Chile, mayo 2009.

Ministerio de Salud (2004): Análisis de Servicios de Salud con una deuda elevada: Estructura financiera, necesidades y dotación de recursos y producción ajustada por riesgos. Documento de Trabajo, Departamento de Economía de la Salud, MINSAL, Santiago de Chile, septiembre 2004.

## Taller de Análisis Sectorial, TAS

En el Departamento de Economía de la Salud, DESAL, se ha constituido un espacio de discusión sobre temas económicos sectoriales denominado Taller de Análisis Sectorial, TAS, de funcionamiento mensual. Participan investigadores del DESAL e invitados. En cada sesión un investigador presenta algún tema teórico o aplicado que se considera de interés para compartirlo y/o ponerlo en debate con el resto de los participantes, procediendo luego a un intercambio de opiniones e información sobre el mismo. Los temas a tratar se seleccionan con flexibilidad, atendiendo a las investigaciones en curso y a las demandas de la coyuntura sanitaria. El TAS es coordinado por Rafael Agacino.

El programa de trabajo planificado ha sido el siguiente:

1. Sesiones 1 y 2 (mayo): "Análisis conceptual de Cuenta Satélite de Salud (CSS) 2003-2007 para Chile", a cargo de Alain Palacios, investigador del DESAL.
2. Sesión 3 (junio): "Análisis de los principales resultados de la Cuenta Satélite de Salud (CSS) 2003-2007 para Chile", a cargo de Alain Palacios, investigador del DESAL.
3. Sesión 4 (junio): "Evaluación económica en intervenciones en salud", a cargo de Marianela Castillo, investigadora del DESAL.
4. Sesión 5 (julio): "Innovación y patentes farmacéuticas", a cargo de Dr. Yuri Carvajal, doctorante en la Escuela de Salud Pública de la U. de Chile.
5. Sesión 6 (agosto): "Salud Pública y la Planificación Sanitaria" a cargo de Dr. Carlos Molina, investigador y funcionario de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública y ex subsecretario de Salud.
6. Sesión 7 (septiembre): "El Mercado de Medicamentos en Chile", avance de investigación a cargo de Carlos Vassallo, investigador argentino.
7. Sesión 8 (noviembre): "Financiamiento solidario de la salud: alternativas de diseño", a cargo de Camilo Cid, investigador de la Superintendencia de Salud.



## Noticias 2009

### SEGUNDA CONSULTA DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA REVISIÓN DEL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD

“Durante los días 17, 18 y 19 de junio se llevó a cabo la “Segunda Consulta de América Latina y el Caribe para la Revisión del Sistema de Cuentas de Salud”, realizada en la ciudad de Cuernavaca, Estado de Morelos, México.

En dicha reunión participó Alain Palacios Quezada, como representante del Ministerio de Salud de Chile.

Esta Segunda Consulta tuvo como objetivo revisar algunos capítulos del nuevo manual del “Sistema de Cuentas de Salud” que impulsa la OCDE, junto a OMS y EUROSTAT.

En dicha reunión participaron los expertos en Cuentas de Salud de Argentina, Chile, Uruguay, República Dominicana, Salvador, Costa Rica y México. Además de los consultores internacionales, Carmen Reyes (Perú) y Ricardo Valladares (Guatemala).

La consulta fue dirigida por Patricia Hernández y Jens Wikens de OMS-Ginebra, y por William Cave de OCDE-París.

Se espera realizar una tercera consulta a principios del próximo año 2010.

### Sexto Simposio Global de Cuentas Nacionales de Salud

Los días 9 y 10 de julio de 2009 se realizó en la ciudad de Beijing, República Popular China, el mayor evento internacional en materia de estadísticas económicas del sector salud. Bajo el título *Advancing methods, Serving Policy*, el Simposio congregó a más 500 especialistas, representantes de países de los cinco continentes y de organismos internacionales. Esta actividad se realizó los días previos al Séptimo Congreso Mundial de Economía de la Salud, organizado por la Asociación Internacional de Economía de la Salud, iHEA.

La organización del evento correspondió al Instituto de Economía de la Salud (CHEI, por su sigla en inglés) del Ministerio de Salud chino y contó con el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Agencia de los

Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Banco Mundial (BM).

El programa incluyó sesiones de formación y divulgación sobre los métodos y los últimos avances en las denominadas Cuentas Nacionales de Salud (CNS), así como sus aplicaciones a la política y la toma de decisiones en materia sanitaria. Este enfoque de Cuentas de Salud, también conocido como metodología Harvard, es el más difundido a nivel internacional.

Un aspecto importante del evento fue la realización de una consulta abierta para la revisión del Sistema de Cuentas de Salud (SHA, versión 2), metodología desarrollada originalmente por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Internacional

(OCDE), y que hoy constituye el estándar que promueven la OMS y la Oficina de Estadísticas de la Comunidad Europea, Eurostat.

En el desarrollo de las sesiones también se revisaron los avances de la metodología de Cuentas Satélites de Salud, orientada por la metodología del Sistema de Cuentas de Nacionales, SCN93.

El Ministerio de Salud de Chile ha venido participando en el proceso de armonización de Cuentas de Salud en la región de las Américas, proceso en el cual mantiene un importante liderazgo y reconocimiento, razón por la cual la OMS extendió una invitación al Sr. David Debrott, Jefe del Departamento de Economía de la Salud, para que estuviese representado por primera vez en este Simposio.

Ver más información en <http://nha.healthconomics.org/2009/>



## Dra. Asa Cristina Laurell fue distinguida como Doctora Honoris Causa de la Universidad de Buenos Aires

La Universidad de Buenos Aires (UBA) distinguió en la noche del miércoles 2 de septiembre con un doctorado honoris causa a Asa Cristina Laurell, ciudadana mexicana de origen sueco, que ha dedicado su vida a impulsar el principio de que la salud es un derecho social y no una mercancía y a propugnar que la medicina social constituye una expresión de los procesos políticos y sociales indisolublemente ligada a las luchas de liberación de los pueblos, especialmente en América Latina.

La distinción le fue otorgada en el transcurso del XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS), que se desarrolla esta semana en dependencias universitarias de la capital argentina.

“Las políticas sociales del Estado mínimo y de la llamada segunda reforma del Estado representan un retroceso al pasado, el abandono de los derechos sociales y el desmontaje de las instituciones públicas para favorecer a los administradores y proveedores de bienes y servicios privados. Esa corriente ha avanzado mucho en América Latina”, expresó.



“Estas políticas también han generado innumerables luchas de resistencia de las clases y sectores subalternos, de los ‘condenados de la Tierra’, como diría Franz Fanon. Pero la sistemática descalificación de las políticas populistas está perdiendo aceleradamente su credibilidad”, aseguró.

## Economía y Salud

Ministerio de Salud  
Mac Iver 541, Santiago - Chile  
Departamento de Economía de la Salud de la División de Planificación Sanitaria

Subsecretaria de Salud Pública  
**Dra. Jeanette Vega Morales**

Jefe División Planificación Sanitaria  
**Dr. Osvaldo Salgado Zepeda**

Jefe Departamento de Economía de la Salud  
**David Debrott Sánchez**

Editor Responsable  
**Ciro Ibáñez Gericke**

## ACTIVIDADES DEL IV CONGRESO DE ECONOMÍA DE LA SALUD DE AMÉRICA LATINA Y DEL CARIBE

### CURSO PRECONGRESO

### NUEVAS HERRAMIENTAS EN ECONOMÍA DE LA SALUD Santiago, 19 de enero de 2010

#### PRIMERA PARTE

Asignación de recursos en salud: nuevas tendencias e instrumentos

#### PROFESOR

Pere Ibern, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

#### CONTENIDOS

1. Fundamentos económicos de la asignación de recursos en salud. Sistemas de pagos vs. Precios
2. Sistemas de pago a proveedores. Hospitales, Atención Primaria y otros. Modelos y aplicaciones
3. Pago capitolativo ajustado por riesgo. Modelos y aplicaciones
4. Políticas globales de asignación de recursos. Perspectivas actuales

#### SEGUNDA PARTE

Medición de desigualdades en salud: estado de arte

#### PROFESOR

Pilar García, Universidad Erasmus de Rotterdam.

#### CONTENIDOS

1. Conceptos, datos y cuantificación de las variables claves
2. Introducción al tema y panorámica. Conceptos de equidad en salud y desigualdad. Datos necesarios para analizar la equidad en salud
3. Cálculo de las desigualdades socioeconómicas en salud
4. La curva de concentración. El índice de concentración
5. Explicación y cuantificación de la inequidad en la utilización de recursos sanitarios
6. Conceptos de la inequidad en la utilización de recursos sanitarios. Descomposición del índice de concentración. Explicación de las diferencias entre grupos o en el tiempo

Más información en: [www.economiadelasalud.cl](http://www.economiadelasalud.cl)