



Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Diseño Metodológico para Medir Líneas Basales y Determinación de Línea Basal de Protección Financiera

Diciembre de 2005

El Documento “Propuesta Evaluación de la Reforma” del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, definió el marco general para una propuesta de monitoreo y seguimiento. En esta etapa se ha definido desarrollar dos tareas fundamentales, por un lado concretar una propuesta de monitoreo y seguimiento global de la reforma para el mediano y largo plazo y, por otra parte, desarrollar una primera fase enfocada, principalmente, a medir líneas basales en los diversos ámbitos propuestos, con énfasis en la protección financiera y en una perspectiva asociada a determinantes de salud. Se trata de establecer variables trazadoras, indicadores claves y una metodología pertinente, para desarrollar un seguimiento y monitoreo de la reforma de salud.

En esta primera fase se desarrolla este trabajo que presenta el diseño metodológico para medir las líneas basales para el monitoreo y seguimiento de la reforma y, además, la determinación de la línea basal de la equidad en el financiamiento para el acceso a la salud, o lo que se ha llamado protección financiera.

1. Introducción

La reforma de salud es un proceso de cambios importantes en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en el acceso a la salud, la eficiencia en el uso de los recursos y la efectividad de las actividades de salud, para con ello, satisfacer las necesidades de salud de la población, en particular de los más pobres. Todo ello en forma planificada, es decir, el período de reforma se caracteriza por ser una fase, intencionada, de transformación intensa del sector, sujeta a un período de tiempo determinado.

El objetivo de una política de monitoreo y seguimiento de la reforma, no es otro que contribuir a una implementación que sea coherente con los objetivos que esta reforma se ha planteado. De este modo, se trata de conocer hasta qué punto los cambios en implementación están, efectivamente, contribuyendo a mejorar los niveles de equidad y eficiencia¹ en salud. Consiste en describir y analizar los procesos asociados, teniendo en cuenta las distintas fases de avance y los actores involucrados, es decir, debe dar cuenta de la dinámica del proceso y sus contenidos. De esta forma, esta política podrá proveer de información relevante para analizar factores críticos y poder formular las medidas que corresponda, para mejorar diseños de manera oportuna.

¹ “La equidad implica: a) en condiciones de salud, disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible; b) en servicios de salud, recibir atención en función de la necesidad (equidad de acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera)” (OPS-OMS, 1998). “La eficiencia implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los servicios. Los recursos son asignados eficientemente si generan la máxima ganancia posible en términos de salud por unidad de costo y son empleados eficientemente cuando se obtiene una unidad o producto a mínimo costos o cuando se obtiene más unidades de producto con un costo dado.” (OPS-OMS, 1998)

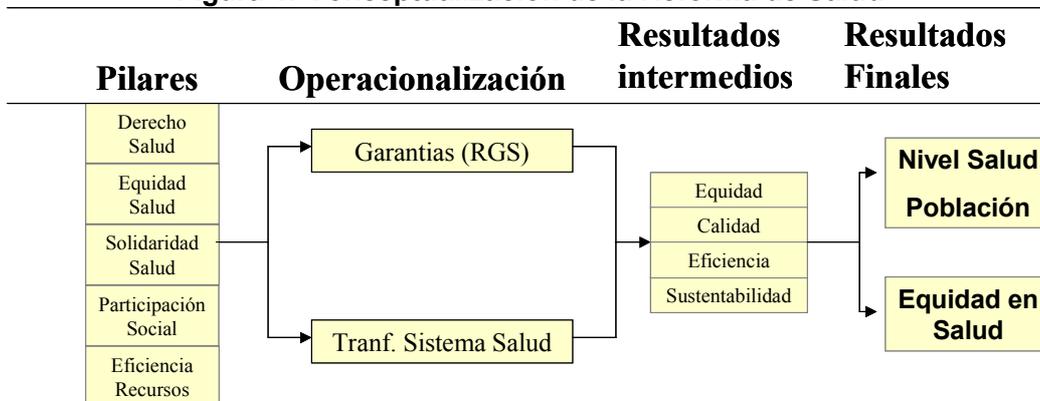
El presente documento, concreta una primera fase de la monitoreo y seguimiento de la reforma, avanzando en el diseño enfocado principalmente a medir líneas basales en los diversos ámbitos propuestos, con énfasis en la protección financiera y en una perspectiva asociada a determinantes de salud. Se trata de establecer variables trazadoras, indicadores claves y una metodología pertinente, para desarrollar un seguimiento y monitoreo de la reforma de salud. Al mismo tiempo, el trabajo presenta un avance importante en la determinación de la línea de base para la equidad en el financiamiento para el acceso a la salud, o lo que se ha llamado protección financiera.

En lo que sigue del documento se entrega un marco teórico para el diseño de líneas basales en esta fase del monitoreo y seguimiento de la reforma (punto 2). En el punto tres se definen las líneas basales a desarrollar y se presenta un diseño metodológico general para abordarlas. Finalmente, en el punto 4, se desarrolla la línea basal para la protección financiera.

2. Marco Teórico para el Monitoreo y Seguimiento de la Reforma

En el documento Propuesta Evaluación de la Reforma del Departamento de Estudios y Desarrollo, se definieron algunos conceptos básicos para la implementación del monitoreo y seguimiento de la reforma de salud por parte de la Superintendencia de salud. Se definieron los pilares de la Reforma, junto con los ámbitos de procesos asociados a su operacionalización, así como, los resultados intermedios y los resultados finales que se espera lograr, de acuerdo al siguiente esquema:

Figura 1: Conceptualización de la Reforma de Salud



Fuente: PROPUESTA EVALUACIÓN DE LA REFORMA DE SALUD. Departamento de Estudios, Agosto 2004

El esquema se describía de la siguiente manera:

“La Salud es un bien social por lo cual el acceso a las acciones de fomento, prevención, curación y rehabilitación de la salud constituyen un derecho esencial de las personas. Lo anterior implica que los individuos deben tener acceso a una atención de salud adecuada, independientemente de su capacidad de pago y deben estar protegidas del daño financiero que puede causar una enfermedad de alto costo en el presupuesto familiar. En este contexto, la Reforma en Salud se ha conceptualizado sobre la base de una serie de derechos y características deseables de la atención de salud, los cuales constituyen los pilares estratégicos de esta. Estos pilares incluyen el derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, la participación social y la eficiencia en el uso de los recursos, los que se han operacionalizado en el: a) Régimen de garantías en salud (RGS), y en la b) Transformación del sistema salud. El RGS es el instrumento que hace realidad el

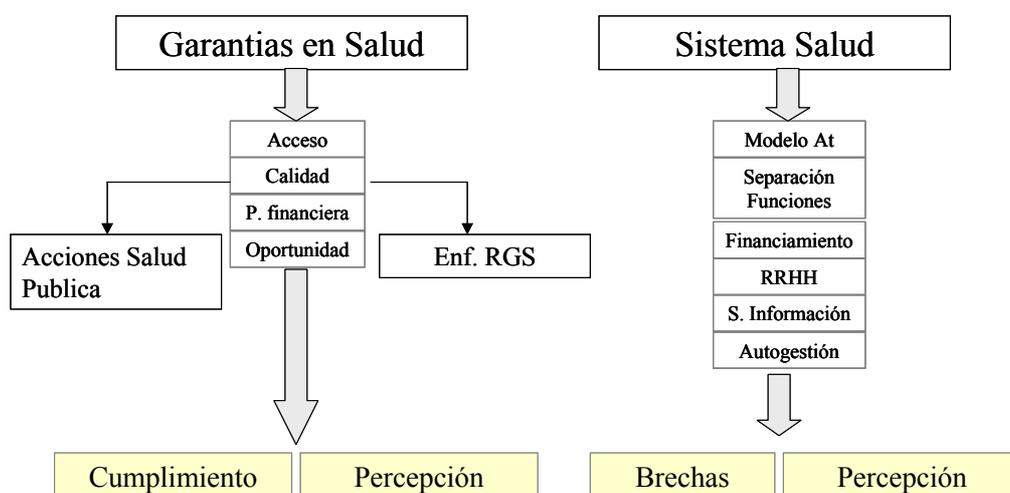
derecho de la salud y la equidad, además de contribuir al fortalecimiento de la regulación sanitaria al explicitar las condiciones en que las personas podrán acceder a los servicios de atención. La Transformación del Sistema de Salud permitirá reorientar la prestación de servicios contribuyendo a aumentar la eficiencia del sector y a aumentar la efectividad de las acciones de salud. Finalmente, el RGS y la transformación del sistema impactarán en el Nivel de Salud de la Población y la Equidad en Salud, cuyos mejoramientos son el fin último de la Reforma en Salud”.

El esquema propuesto tiene una implicancia temporal, en el sentido que los resultados intermedios coinciden con el corto y mediano plazo, mientras que los resultados finales sólo pueden obtenerse en el largo plazo. Lo que se propone como trabajo necesario en la actualidad, es establecer líneas basales para todos los tipos de resultados, metodologías adecuadas e ir haciendo un seguimiento. Sin duda se podrá hacer un seguimiento más preciso de los resultados intermedios que de los finales en este proceso. No obstante es de vital importancia sistematizar la línea basal de los resultados de largo plazo.

La figura 2 grafica que la Reforma implica cambios en el financiamiento; separación de funciones y cambios en la rectoría del ministerio de Salud; cambios en el modelo de atención y la administración establecimientos y participación de la población, adecuación de los recursos humanos del sector; cambios en la calidad y la tecnología de salud, y determinación de las garantías de las enfermedades seleccionadas. Todos estos cambios permitirán y la vez se potenciarán con el cumplimiento de las garantías explícitas y exigibles de las prestaciones otorgadas por el sistema de salud e incorporadas que son: a) Garantía de Acceso, b) Garantía de Calidad, c) Garantía de Protección Financiera y, d) Garantía de Oportunidad.

Además, este documento inicial define la evaluación de los procesos como aquella que *“incorpora el análisis y descripción de la dinámica y los contenidos del proceso. La evaluación de la dinámica considera el seguimiento de la implementación y su relación con las características y variaciones del contexto (propuestas y relaciones de los principales actores sociales o institucionales, públicos y privado, nacionales, subnacionales o internacionales)”.*

Figura 2. Evaluación de los procesos



Fuente: PROPUESTA EVALUACIÓN DE LA REFORMA DE SALUD. Departamento de Estudios, Agosto 2004

Respecto de las metodologías de análisis, se señalaba que los métodos cuantitativos permitirán determinar las brechas existentes entre lo realizado y lo propuesto por la Reforma, en el caso de la transformación del sistema de salud. Por su parte, los aspectos cualitativos permitirán determinar aspectos tales como la actitud de los usuarios y la percepción de los usuarios frente al cambio, así como la aprobación o satisfacción con la asistencia recibida y la percepción optimista o pesimista, respecto a la situación futura. La utilización de los métodos permitirá entender y evaluar los procesos sociales que rodean la implementación de la Reforma y los comportamientos organizacionales, a lo cual, se añade, que la evaluación cualitativa permitirá enriquecer la interpretación de los resultados de la evaluación.

En síntesis, se puede señalar que, los efectos esperados de la reforma de salud son la disminución de las brechas de equidad en diferentes ámbitos: en el financiamiento para los hogares, en las necesidades de salud, en la utilización de servicios y en el acceso. Pero, además, la reforma va acompañada de un importante esfuerzo fiscal, por lo que también es esperable que aumente el gasto público en salud y un aumento de la eficiencia del gasto en general. Para medir este proceso se hace necesario un diseño y métodos que permitan levantar variables y ámbitos claves del desarrollo de los cambios esperados, así como un seguimiento sistemático de ellos.

2.1 Objetivos de la Política de Monitoreo y Seguimiento de la Reforma

De acuerdo a la lógica expuesta, los objetivos principales de la política de monitoreo y seguimiento de la Reforma son los siguientes:

- Contribuir a una implementación de la reforma que de cuenta de los objetivos que ésta se ha planteado.
- Proveer de información relevante para analizar factores críticos de implementación de la reforma y poder formular las medidas que corresponda, para mejorar diseños en forma oportuna.

De estos objetivos principales se desprenderán los objetivos específicos que, en general, apuntarán a generar una propuesta de variables e indicadores trazadores válidos, confiables y apropiadamente sensibles de los distintos aspectos. Esto implica generar indicadores de

procesos y resultados que surjan de los estudios de líneas basales y una metodología adecuada para realizar un monitoreo y seguimiento en los distintos ámbitos a definir, separando, cuando corresponda, entre problemas del GES y no GES.

2.2 Énfasis: Factores Determinantes y Equidad en Acceso a la Salud (Protección financiera y acceso)

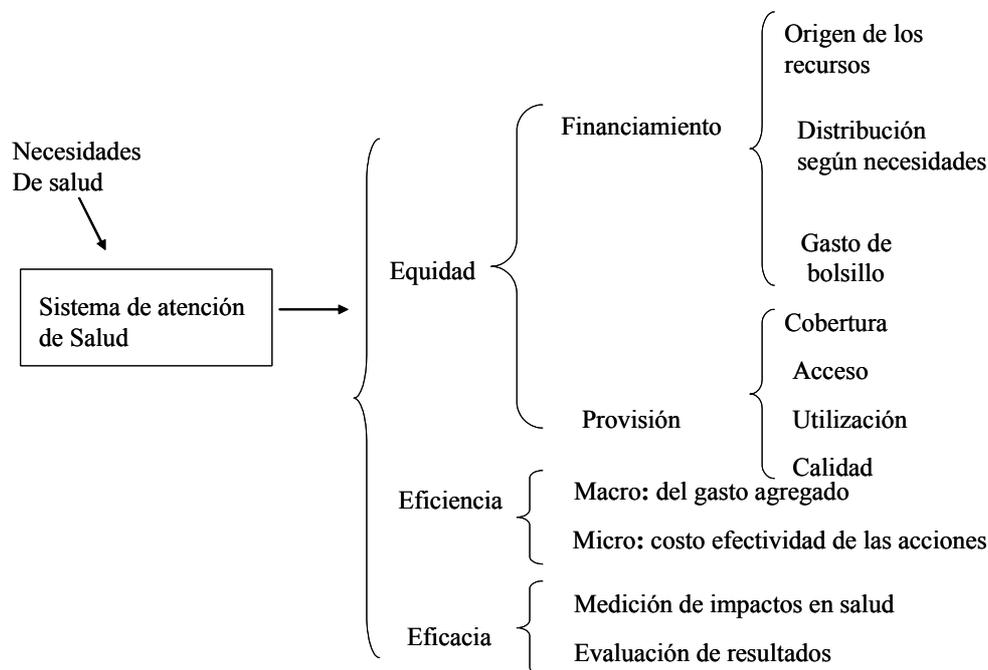
Para una medición de la situación ex–ante de la reforma, desde un punto de vista sanitario, los resultados intermedios esperados pueden ser situados en un enfoque de determinantes de salud, ello para ayudar a establecer qué debemos medir, tanto aquellos aspectos asociados tradicionalmente como efectos directos del sistema o de la política de salud, como aquellos componentes asociados a salud que son de influencia, al menos, recíproca (como ingreso, riqueza, educación, etnia, etc.) y que también deben ser considerados en el análisis.

En efecto, es sabido que además de la predisposición genética a las enfermedades, la salud es el resultado de conductas individuales, del entorno o medio ambiente en que se desenvuelven las personas y grupos sociales y de las prácticas y políticas de prevención y de atención de los problemas de salud (Superintendencia de Salud, 2005). De este modo interesa precisar que, habiendo características comunitarias o colectivas e individuales, que determinan la salud de una población, el sistema de atención de salud resulta ser un elemento, dentro de un conjunto de determinantes de salud más amplio.

Por otra parte, interesa mostrar que al monitorear una reforma de salud se deben identificar todos los aspectos en que esta reforma debería tener impacto e identificar aquellas áreas en que la reforma podrá apoyarse, al tener en cuenta que existen otras políticas públicas, que podemos llamar externas, que tendrán impacto en el nivel de salud de la población. Esto permitirá analizar correctamente la relación entre determinantes de salud y resultados sanitarios, de modo de establecer correctamente los estándares a seguir, los resultados posibles y de influencia de la política de salud.

De este modo, los resultados intermedios previamente definidos constituyen variables globales a analizar en diversos aspectos, siendo el sistema de atención de salud uno de ellos, que puede ser analizado, además, en cruce con otras variables que determinan el nivel de salud y de acceso a ella. Lo anterior no significa minimizar la política dirigida al sistema de atención de salud, que constituye la dirección de la mayoría de las políticas en la actual reforma, sino que significa plantear una mirada amplia al sistema de atención de salud. De esta manera, es posible desagregar el sistema de atención de salud, en el siguiente marco conceptual:

Figura 3:
Marco conceptual para evaluar los resultados intermedios de la Reforma en el Sistema de Atención de Salud



Fuente: Presentación para Diagnósticos Regionales de Salud Dra. X. Riesco. MINSAL, Marzo 2005

En este esquema los resultados intermedios de la reforma son provistos de un contenido específico: a la Equidad se le asocia el Financiamiento y el Acceso a la provisión de salud. A su vez, el financiamiento debe ser medido de acuerdo a sus fuentes de origen, distribución y gasto, en particular el gasto de bolsillo. En el caso de la provisión es necesario conocer los niveles y distribución del acceso y la utilización de servicios. Es decir, la equidad es un aspecto especialmente ligado a la evaluación del financiamiento y la provisión de salud, en particular, se refiere a la distribución del no acceso al sistema de atención de salud por barreras financieras y otras asociadas a determinantes de salud.

La Calidad, en este caso, pasa de ser un resultado intermedio en si, a ser un componente de la equidad, toda vez que ella debe ser pre-calificada institucionalmente dada la imposibilidad de que las personas puedan percibirla claramente de manera previa a la atención. Esto es coherente con la política de igualar las condiciones de acceso y satisfacción de salud de la reforma de manera que a igual nivel de necesidad de salud, exista un nivel similar de calidad de la atención². La Sustentabilidad, por otra parte, puede ser analizada como parte de la equidad en el financiamiento y de la eficiencia en el gasto, en la medida que esto permite proyectar al sistema de salud en el largo plazo.

² Todas las definiciones de justicia en distintos ámbitos de la Reforma, tratan de implementar pisos mínimos, incluyendo este concepto de la calidad. Estas ideas pueden interpretarse desde el concepto de igualdad democrática de Rawls (1971), donde se combina igualdad de oportunidades real y el principio de la diferencia, el cual se basa en que la sociedad debe situarse en el punto que maximice las tenencias del menos aventajado, para hacer verdaderamente posible la igualdad de oportunidades.

En cuanto a la Eficiencia, ésta es concebida a un nivel macro (gasto global versus acciones de salud, gastos de administración y operación globales, etc.) y también a nivel micro (costo efectividad de las actividades, por ejemplo), es decir, asociada a los procesos de implementación de la reforma. Resulta evidente que hay que medir y comparar como se hacían las actividades asociadas a prioridades, antes de la reforma, y cómo se harán después, con la implementación de las políticas.

El componente de eficacia, anteriormente ligado sólo a resultados finales, aparece ahora, también, ligado a los resultados intermedios, y es puesto allí, para no olvidar que las líneas de base deben considerar la situación actual del nivel de salud de la población en Chile, para posteriormente poder monitorear los resultados en salud alcanzados con las medidas tomadas por la reforma. Además la definición del estado actual en el nivel de salud de la población deberá considerar la acción de los determinantes de salud.

En términos generales, en esta primera etapa del monitoreo y seguimiento, interesa generar un tiempo cero. Por ello se ha propuesto elaborar un diagnóstico que determine la situación pre-reforma en los distintos ámbitos descritos.

3. Diseño Metodológico de la Determinación de Líneas Basales

Se requiere avanzar en la descripción de la situación actual de la salud y del sistema de salud, en una visión amplia. Para ello, en esta fase, se plantea el análisis y descripción del momento previo a la implementación de la reforma de salud, es decir, la determinación de líneas basales, en los siguientes ámbitos:

- **Determinación de Línea Basal en Equidad del Financiamiento para el Acceso, o Protección Financiera** (gasto de bolsillo, co-pagos).
- **Determinación de Línea Basal en el Acceso a la Provisión de Salud** (equidad en el acceso).
- **Determinación de Líneas Basal en Eficacia o resultados en salud.**
- **Determinación de Líneas Basal en Eficiencia en el Sistema de Salud:** Compuesta por Macroeficiencia (utilización y recursos, tendencia a la eficiencia económica, evolución del “loading fee” (administración y excedentes del aseguramiento)) y; Determinación de Línea Basal de los procesos en el Sistema de Salud (análisis del proceso de reforma, capacidad de implementación, cambios en la organización del sistema, en los modelos de atención, de gestión y de financiamiento, etc.)

Estas líneas basales permitirán establecer un momento ex-ante a la Reforma, a nivel general. No obstante, cuando se requiera, podrá separarse el análisis entre problemas GES y no GES.

Desde el punto siguiente, en adelante, se detalla lo que se espera obtener en cada uno de estos ítems.

Pero para establecer un monitoreo y seguimiento de la reforma no sólo es necesario determinar los ámbitos de medición y los diagnósticos iniciales o momentos cero, también es preciso planificar el proceso de seguimiento de estos aspectos, estableciendo objetivos específicos por línea basal, actividades, recursos y cronograma³.

³ Esta es una actividad a desarrollar con el equipo participante de este proceso de monitoreo y seguimiento de la reforma, en el proceso del diseño global.

3.1 Diseño de la Determinación de Línea Basal en Equidad del Financiamiento para el Acceso a la Salud o Protección Financiera⁴

Tanto la OMS el año 2000, como en otros organismos internacionales (OIT, 2003, BM, 2005), han establecido una serie de normas que los sistemas de salud debieran cumplir para asegurar la equidad financiera y el acceso a la salud. En ello es básico que las políticas de protección financiera en salud permitan impactar en última instancia en el bienestar de los hogares, de manera que los hagan menos pobres o menos vulnerables a caer en pobreza.

Este es el enfoque principal que interesa medir ante una reforma que plantea como una garantía central el tema de disminución del impacto de los eventos catastróficos sobre el bienestar de las familias. Esto a la vez, retroalimenta el enfoque de determinantes de salud, dado que este problema plantea que se debe actuar sobre el contexto y las condiciones que inciden en la salud, como lo es la pobreza, para poder obtener cambios sustantivos en el nivel de salud de la población. De esta forma la protección financiera efectiva puede generar un círculo virtuoso para el desarrollo de las posibilidades de los hogares.

Las garantías pretenden favorecer y mejorar el acceso a salud de la población, en otras palabras, disminuir las brechas de equidad. En particular las garantías de protección financiera pretenden aliviar la carga económica para las familias de enfrentarse a problemas de salud.

De esta forma se define la garantía de protección financiera como la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado por el arancel de referencia del Régimen. Es decir, el co-pago es fijo y conocido de antemano por el beneficiario. Adicionalmente se establece una cobertura financiera adicional que limita el gasto de una familia en dichos problemas de salud⁵. La idea es que estas medidas impactarán en el ingreso disponible de los hogares, y se espera que disminuyan los gastos en salud, en particular, de los segmentos de población con menores ingresos.

Así, el objetivo es evaluar y monitorear el impacto financiero de la Reforma en las familias chilenas. En particular interesa medir el impacto, que las garantías financieras del Régimen de Garantías en Salud y las políticas regulatorias que acompañan la Reforma, puedan tener en el ingreso disponible de los hogares.

3.1.3 Objetivos y Métodos

a) Objetivos

Medir la situación actual de protección financiera para los beneficiarios del sector salud, estimando el gasto de bolsillo entendido como el monto de los co-pagos, más otros gastos, como los medicamentos.

⁴ Para los beneficiarios del FONASA, la ley establece que los pertenecientes a los grupos A y B tendrán una cobertura financiera de un 100% y los de los grupos C y D podrán tener co-pagos menores al 20%.

⁵ Por otra parte, en el sistema privado, hay otras medidas que pueden tener impacto financiero. Por ejemplo, las Isapres podrán seguir adecuando libremente los precios de los planes de salud. No obstante, dicha variación deberá estar comprendida en una banda de +/- 30% respecto del promedio. Además, el precio al cual cada Isapre ofrezca las GES deberá ser único para todos sus beneficiarios. Adicionalmente se han generado otras regulaciones como la existencia de sólo dos tablas de factores para el plan complementario por Isapre y el arancel de referencia del GES, que pueden tener efectos en los precios de planes y co-pagos. Por último, se espera que la creación del Fondo de Compensación Solidario para las Isapres, permita disminuir los incentivos a la segmentación y discriminación por riesgos de las mismas.

Establecer una metodología y resultados observables periódica y sistemáticamente de la situación de la protección financiera en salud.

Dada la información disponible los resultados se pueden obtener por partes, por lo que se hace necesario cruzar y discutir los resultados junto con sus distintos métodos de procesamiento.

b) Métodos

En análisis esta compuesto por tres tipos de métodos que dependen, fundamentalmente, del tipo de información disponible a utilizar:

i) Análisis agregado del gasto de bolsillo: Este análisis proviene de datos agregados y cálculos de cuentas nacionales de Fonasa e Isapre para el año 2000. A partir de estos datos es posible elaborar una descripción general de los ingresos y gastos en el sector salud. Consiste en establecer distintos indicadores de gasto del bolsillo respecto del financiamiento general del sistema de salud, considerando co-pagos y gastos en medicamentos. El financiamiento es descrito en base al aporte fiscal, cotizaciones y gasto de bolsillo y a un nivel de agregación de subsistemas, esto es: sistema isapre, Fonasa, Mutuales, FF.AA. y otros.

ii) Análisis de co-pagos por eventos y de co-pagos esperados: Se trata de una descripción de gastos en salud a nivel de eventos, es decir, se establecen co-pagos por prestaciones, para el sector privado, y también, para el sector público (sólo a nivel hospitalario). Los datos utilizados son los registros de morbilidad de la Superintendencia de Salud (Archivo Maestro de Prestaciones) y los egresos hospitalarios del Minsal del año 2002. El estudio consiste en un análisis de co-pago por prestación o por caso, en el sistema isapre (nivel ambulatorio y hospitalario) y en Fonasa (nivel hospitalario solamente). Además es posible realizar un análisis de los co-pagos esperados por sexo y edad de los beneficiarios en el sistema isapre y Fonasa (sólo nivel hospitalario), con el objeto de establecer el nivel de gasto de bolsillo por prestación que pueden esperar los beneficiarios de acuerdo a sus características demográficas.

iii) Análisis de gasto de bolsillo por hogar: Este es, tal vez, el componente más importante y novedoso del estudio, dado que entrega una aproximación al impacto de los gastos de bolsillo, sobre los hogares, dadas sus características socioeconómicas. Una parte de este análisis da cuenta del estado del arte de estudios sobre gastos de bolsillo basados en encuestas para Chile y se avanza en la aplicación de otras metodologías, sobre los mismos datos, presentes en la literatura como el instrumental basado en curvas de Lorenz e índice de concentración de Wagstaff y van Doorsler (1992, 1996, 2000), incluyendo al sector público y privado, para medir el impacto y la equidad del gasto en salud de los hogares.

Otro componente de este análisis son dos metodologías en desarrollo: Una basada en el método anteriormente descrito (Wagstaff, 2000), para determinar la equidad vertical y horizontal en el gasto de bolsillo en salud, en Chile y; otra, basada en una estimación de gastos de bolsillo en hogares de cotizantes isapre, a partir de cruce de registros existente (egresos hospitalarios 2002 y base de cotizantes y planes 2002 de la Superintendencia de salud) que genera una base de datos completa de familias isapre (muestra), que contiene ingresos y una estimación de sus gastos de bolsillo en salud.

3.2 Diseño de la Determinación de Línea Basal en Acceso a la Provisión de Salud

El acceso a la atención de salud es entendida, en este contexto, como un atributo de la equidad en salud. Interesa establecer una situación inicial en cuanto al nivel y distribución del no acceso y por otro lado, es necesario caracterizar la demanda no satisfecha y evaluar la capacidad del sistema para atender personas con igual nivel de oportunidad de uso, frente a necesidades similares.

3.2.1 Objetivo y Método

a) Objetivo

Establecer una situación inicial en cuanto al nivel de acceso al sistema de atención de salud.

Establecer una situación basal en cuanto a la distribución del no acceso al sistema de salud entre grupos poblacionales

Caracterizar la demanda no satisfecha y evaluar la capacidad del sistema para atender personas con igual nivel de oportunidad de uso, frente a necesidades similares.

b) Método

i) Uso de Encuestas para Medir Equidad en el Acceso a la Salud⁶: La mayor parte de los estudios realizados en equidad en Chile se basan en las encuestas CASEN. En este documento también usaremos principalmente este instrumento. Ello es coherente con la necesidad de establecer el nivel y la distribución del acceso a la salud en la población y los factores que más influyen en ello, como son los determinantes de salud.

La encuesta CASEN tiene módulos de vivienda, salud, educación, trabajo e ingresos, todos ellos pueden ser relacionados con salud. El módulo salud se compone de cerca de treinta preguntas. Los estudios existentes pueden diferir en sus resultados dependiendo de qué grupo de preguntas se considere para medir acceso, esto explica, en buena medida, que estudios basados en la misma encuesta difieran en sus conclusiones⁷. No obstante se debe precisar que hay un set de preguntas que es superior al otro para medir equidad en el acceso, dado que sólo uno de ellos fue creado con este fin.

En efecto, el módulo de salud de la encuesta CASEN se divide en dos partes: una parte que entrega información sobre el sistema previsional, programas, actividades preventivas y curativas y, una segunda parte, que provee de información sobre acceso al sistema de salud. La existencia de estas dos secciones determina que haya dos maneras frecuentemente utilizadas para la comparación de grupos poblacionales y equidad del sistema de salud.

La primera metodología utiliza las preguntas de atenciones o prestaciones de salud recibidas en los últimos tres meses por el encuestado. La información recolectada por este sub módulo es el número de controles preventivos de salud, consultas generales, consultas de especialidad, consultas de urgencia, atención dental, exámenes de

⁶ El estudio de características de la encuesta CASEN se basa en Unidad de Economía de la Salud-MINSAL, 2004. Equidad en Salud en Chile. M.Matus (Borrador).

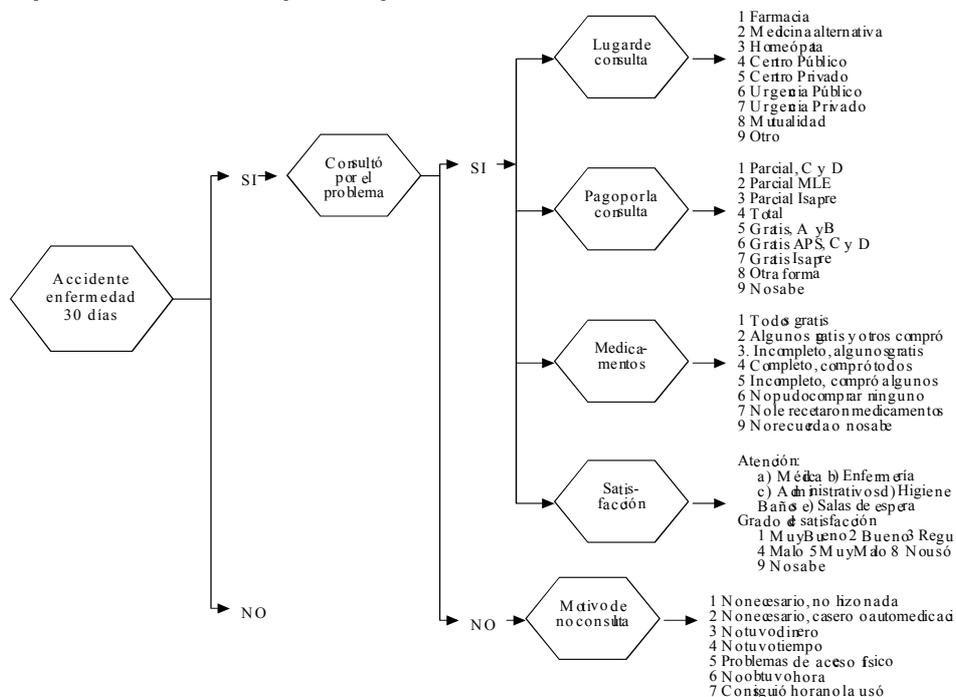
⁷ Por ejemplo, Sapelli y Vial 1998, para medir la distribución del uso de atenciones usan el set de preguntas sobre atenciones que está más bien dirigido a medir el monto de los subsidios y la Iniciativa Chilena para la Equidad en Salud, 2001, para medir la distribución del acceso, usa el set de preguntas sobre existencia de enfermedad y accidentes. Los resultados de ambos estudios difieren.

laboratorio y rayos X o ecografías recibidas, el establecimiento utilizado en cada una de ellas, la forma de pago y si recibió receta médica o no.

Este apartado presenta dos desventajas importantes: En primer lugar, el conocimiento del entrevistado para poder diferenciar entre control preventivo, consulta general, consulta de especialidad y consulta de urgencia no es el mismo para los distintos grupos de ingreso/educación, lo que provoca un sesgo importante. Una segunda desventaja de esta metodología es el sesgo en las familias más pobres por el programa de la leche, dado que para poder retirar leche o cereal, una madre debe asistir al control preventivo, lo que eleva el número de prestaciones para los más pobres sin que ello corresponda, efectivamente, a mayor equidad en el acceso. Estos dos factores ocurren porque este sub-módulo no tiene como principal objetivo medir el acceso, sino que pretende cuantificar de los subsidios monetarios en salud.

El otro apartado del módulo de salud de la Encuesta CASEN sí está hecho para medir el acceso y, por ende, puede ser utilizado más apropiadamente para determinaciones de factores o condicionantes de desigualdades entre grupos poblacionales frente a la atención de salud. Como se ve en la figura siguiente, este sub-módulo corresponde a una rama de preguntas condicionadas que se inicia con la respuesta afirmativa de la existencia de enfermedad o accidente en el último mes anterior al levantamiento de la encuesta. Si la respuesta es afirmativa se pregunta si consultó al sistema. Si la respuesta esta vez es negativa se le pide clasificar el motivo por el cuál no consultó y si su respuesta es afirmativa se le pregunta por el lugar de la consulta, el tipo de pago por ella, si tuvo medicamentos y el grado de satisfacción por la atención recibida. De esta manera se determina quienes tuvieron necesidad de atención y quiénes no pudieron satisfacerla. Una vez seleccionado este grupo se analizan sus características.

Figura 4
Esquema de Análisis para Equidad en el Acceso Encuesta CASEN, 2003



Fuente: Matus. Unidad de Economía de la Salud-MINSAL, 2004

Una segunda parte de este sub-módulo pregunta al entrevistado por la existencia de controles de salud en el último mes y por la atención hospitalaria en el último año, el establecimiento de atención en que se efectuó la atención, la satisfacción en distintos aspectos y los días de hospitalización y tipo de pago en los casos correspondientes. Esta información puede ser utilizada en el análisis de acceso, sin embargo, a diferencia de la anterior, no considera los motivos por los cuales la persona podría no haber recibido atención hospitalaria o control preventivo.

Usando este set de preguntas la Iniciativa Chilena de Equidad en Salud midió las desigualdades en el acceso para el año 2000⁸ y recientemente, otro estudio, reprodujo este ejercicio para el año 2003 según se informa en Hernández, Sandoval y Delgado, 2005.

Cuadro 1:
Respuestas a preguntas Principales sobre Acceso Encuestas Casen 2000 y 2003

Pregunta	CASEN 2000	CASEN 2003
Tuvo Accidente o enfermedad en los últimos 30 días	12.9%	12%
Pensó consultar por el problema	72%	73%
Desiste de la consulta	78.5%	78.3%
No consulta por falta de dinero	14.5%	13.5%
No consulta por rechazo (pidió hora pero no la obtuvo)	3.9%	5.4%
No consulta por problema de acceso físico	3.1%	2.8%

Fuente: Elaboración de los autores desde Hernández, et. al. 2005 y Mideplan: Cuestionario Casen 2003.

Del cuadro se desprende que de las personas que tuvieron necesidad de consultar alrededor del 72-73% piensa que necesita consultar, pero de ese porcentaje aproximadamente un 78% no consulta en ambas mediciones. Lo más importante y donde ocurren diferencias es en las razones para desistir de la consulta. En 2000 un 14,5% no consultaba por falta de recursos económico, en 2003 un 13,5% no lo hacía por la misma razón. Por otra parte un 3,9% de las personas era rechazada por falta de horas en el sistema de salud en el año 2000, esta razón fue causa de rechazo en mayor proporción de personas en el 2003 llegando a 5,4%. Finalmente, en este cuadro, el problema de acceso físico, es decir, por falta de locomoción, lejanía del centro de salud o problemas físicos de movilidad de las personas, un 3,1% no consultó en 2000, bajando a 2,8% en 2003.

ii) Método de Estimación de Determinantes del Acceso: Para analizar el efecto de equidad en el acceso se busca, fundamentalmente, identificar condicionantes de salud, analizando separadamente los distintos factores que condicionan la equidad de acceso y de uso. En este tipo de análisis destacan los modelos Probit y el de Regresión Logística Multinomial (Logit).

⁸ "Análisis del nuevo módulo de la encuesta CASEN 2000".

Para el caso de acceso, usando la CASEN se pueden usar los modelos de regresión logística. Este modelo es útil para clasificar a los sujetos según los valores de un conjunto de variables predictoras. Este análisis permite identificar qué factores influyen y en qué proporción relativa lo hacen, a determinado estado de salud o de acceso a ella. De esta manera se puede analizar la probabilidad que ocurran ciertos resultados en función de determinadas variables. Lo que se obtiene, en definitiva, es una probabilidad comparativa de la ocurrencia de un caso según la comparación de algunas determinantes del mismo.

El modelo Probit, en cambio, mide la relación entre la intensidad de un estímulo y la proporción de casos que presentan una cierta respuesta a dicho estímulo. Es útil para una respuesta dicotómica que se piensa puede estar influenciada por distintas variables. De esta manera, por ejemplo, se puede analizar la percepción de mal estado salud en función de variables de localización de la persona o de hábitos de vida.

iii) Uso de otras encuestas para medir equidad en el Acceso: Encuesta de protección social 2002: Se trata de reproducir el análisis y método elaborado para la CASEN a fin de comparar resultados, teniendo en cuenta los niveles de representatividad diferentes.

3.2.2 Utilización

Para dar cuenta del nivel y distribución del uso de servicios de salud se puede optar por hacer un seguimiento de los egresos hospitalarios y otras prestaciones que dan cuenta del grado de utilización de los servicios hospitalarios de alta complejidad para la resolución de los problemas sanitarios más relevantes, incluyendo los GES y no GES, indispensables para conocer este indicador general que permiten tener una aproximación al perfil de morbilidad y a la oferta, además de un análisis de tasas de uso del sistema público y privado, por niveles de atención, tipos de atención, etc.

Este análisis será realizado de acuerdo a la siguiente información disponible:

a) Sector Público⁹

Las atenciones brindadas por el sector público de salud y los recursos existentes están registrados en el Registro Estadístico Mensual (R.E.M). La serie R.E.M tiene como objetivos la:

- a) Recolección de datos estadísticos para el monitoreo y evaluación de las acciones de salud,
- b) Recolección de datos de la estructura, características poblacionales, factores de riesgo y grupos de edad de los usuarios a los que se otorga la atención,
- c) Recolección de datos de producción relacionadas tales como consultas, controles, exámenes de Laboratorio, Imagenología, Procedimientos e Intervenciones Quirúrgicas Mayores y Menores realizados en la atención ambulatoria y de hospitalización, en los establecimientos propios del Servicio de Salud y de establecimientos que por convenio otorgan atención del nivel secundario y terciario,
- y d) Mantención de un sistema estadístico que proporcione información cuantitativa del sistema de salud.

Los datos que registrados en la serie REM se organizan sobre la base de las actividades de los Programas, desagregados por edad y sexo, a la cual se agrega datos de la población en control. Además, incluye datos de actividades de apoyo diagnóstico, algunas de apoyo terapéutico e intervenciones quirúrgicas, realizadas en los establecimientos dependientes del

⁹ Descripción basada en Superintendencia de Isapre, 2004.

Servicio de Salud, sean estas efectuadas a pacientes ambulatorios u hospitalizados. Estos datos conforman la base de un sistema de información de carácter nacional, cuya recolección y procesamiento es realizado a través de la red de establecimientos del SNSS.

La serie consta de cinco partes, agrupadas por áreas temáticas cada una de las cuales esta constituida por hojas de cálculo Excel:

Parte A: de utilidad para la recolección de información de nivel Primario y Especialidad, recoge información poblacional y de producción relacionada con los programas de salud.

Parte B: de uso exclusivo para Hospitales y CRS, recolecta información de producción relacionada con urgencia, procedimientos, intervenciones quirúrgicas y salud ambiental:

Parte C: recoge la información relacionada con Actividades de Protección Específica (vacunas) de uso en todos los establecimientos de salud (REM 13 y REM14)

Parte D: de uso en todos los establecimientos que entregan productos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y Programa Nacional de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) Comprende REM 13 y REM14, respectivamente.

Parte E: para uso de establecimientos de Atención Primaria, recolecta información de producción relacionada con urgencia y procedimientos.

b) Sistema isapre

Para obtener información de utilización de los establecimientos privados y complementar la información del sector público, existen bases de datos de la Superintendencia de Salud, que incluyen información sobre atenciones ambulatorias y hospitalarias según sexo y edad, de beneficiarios del sistema privado de seguros.

Los egresos hospitalarios también incluyen información de todos los establecimientos privados y públicos en que se atienden los beneficiarios de las isapre. Las bases de datos relevantes son.

- i) **Archivo maestro de prestaciones:** que es un registro de la totalidad de atenciones de los beneficiarios del sistema isapre, contiene atenciones ambulatorias y hospitalarias, en establecimientos públicos y privados, el valor facturado, el bonificado, la isapre a la que pertenece el beneficiario y las características demográficas del paciente, además de las fechas correspondientes.
- ii) **Egresos hospitalarios:** que es un registro de la totalidad de las atenciones hospitalarias (egresos) de los beneficiarios del sistema isapre, en establecimientos públicos y privados, contiene el valor facturado, el bonificado, las características demográficas del paciente, la isapre a la que pertenece, el diagnóstico y los días de hospitalización, además de las fechas correspondientes.
- iii) **Registro atenciones catastróficas CAEC:** Contiene la isapre a que pertenece el beneficiario, su identificación individual (Rut), diagnóstico, fechas correspondientes, el Rut del prestador, la facturación y el co-pago, sexo y edad y otros menores.
- iv) **Archivo maestro sobre Licencias médicas:** que registra toda la información del formulario respectivo. Destacan, la isapre, fechas, Rut, número de días, edad y sexo, actividad laboral, ocupación, diagnóstico, monto a pagar, etc.

Por último algunas de las encuestas existentes pueden ser usadas para establecer o describir algunos determinantes de la utilización de los servicios de salud

3.3 Diseño de Determinación de Línea Basal en Eficacia y Resultados en Salud

La Eficacia, en este contexto, se refiere a los Resultados en salud en relación con las Metas y cumplimiento de los Objetivos sanitarios planteados por la reforma. En este sentido, para ser eficaz, la reforma ha priorizado las tareas y planteado ordenadamente aquellas que permiten alcanzar los objetivos mejor y más rápidamente. La eficacia tiene un componente valórico, en el sentido que se trata de hacer lo correcto, es decir, lograr los objetivos sanitarios. No se saca nada con ser muy eficientes en algo que no tiene valor que para la reforma sería algo que no apoya el logro de los objetivos. Por lo tanto, Eficacia es la capacidad de escoger los objetivos apropiados y lograrlos.

3.3.1 Objetivo y método de la sección

a) Objetivo

Describir un estado basal de salud de la población, respecto de los objetivos sanitarios de la reforma de salud.

b) Método

i) Resultados sanitarios y Factores Determinantes de la Salud: Los resultados de salud no deben ser considerados en términos absolutos. En la política de salud es fundamental la solidaridad y la equidad en la distribución de dichos resultados sanitarios. Este enfoque muestra que los resultados de salud son producidos por un conjunto de determinantes, entre los cuales se encuentra el sistema de atención de salud, todos estos componentes son influenciados por la política sanitaria y las políticas que limitan o incrementan el efecto de estos determinantes.

Por otra parte, los componentes de factores determinantes de salud pueden ser atención de salud, factores conductuales y factores socioeconómicos, medioambientales. A su vez los factores de atención de salud pueden ser medidos con tasas de prestaciones, los factores conductuales con tasas de tabaquismos, sedentarismo y otros, y los factores socioeconómicos con educación, desocupación, pobreza y ruralidad, por ejemplo.

Los métodos de análisis se basan en las encuestas como la ENS y otras que recogen la autopercepción de salud, como la CASEN y los datos de nivel de salud procesados por el MINSAL.

ii) Análisis Clásico: Natalidad, Mortalidad y Morbilidad¹⁰: La base de datos de natalidad incluye los Nacidos Vivos (NV) los que pueden ser categorizados por una serie de variables del: a) recién nacido (sexo, peso de nacimiento, atención profesional del parto) y b) de la madre (comuna de residencia, edad). A partir de estos datos se calcula la Tasa de Natalidad (por 1,000 habitantes) por área geográfica y para cada una de las variables anteriormente señaladas¹¹.

¹⁰ Descripción que proviene de Superintendencia de Isapre. Departamento de Estudios, 2004.

¹¹ El registro de NV es considerado adecuado, estimándose que a nivel nacional habría un porcentaje de subregistro de 5%, es decir, solo un 5 % de los NV no serían inscritos en el país. Se desconoce el porcentaje de subregistro por área geográfica.

La base de datos de defunciones comprende las defunciones ocurridas en cada año calendario y registradas hasta el 31 de marzo del año siguiente, distribuidas por sexo, edad, área geográfica (comuna), grandes grupos de causas y causas específicas de muerte. El registro básico de mortalidad corresponde al certificado de defunción, que incluye variables, demográficas, socioeconómicas y causas de muerte. Las causas de muerte son codificadas en base a los Capítulos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.

A partir de los datos registrados se calculan las tasas de mortalidad general (por 1,000 habitantes) y específicas (por 100,000) de acuerdo a las variables registradas. Entre las tasas específicas destaca las tasas por grupo de edad: Mortalidad Infantil (y sus componentes), Mortalidad en la Niñez, Mortalidad en Adolescentes, Mortalidad de los Adultos y Mortalidad de los Adultos Mayores. Además, se calcula el Índice de Swaroop que refleja la proporción de defunciones de 50 años y más sobre el total de defunciones y que puede ser calculado para cada sexo y área geográfica. Los Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) y los Años de Vida Vividos con Discapacidad (AVISA) también son calculados a partir de esta base de datos.

Las fuentes de datos de morbilidad existentes corresponden a las *Enfermedades de Notificación Ambulatoria*, *Egresos hospitalarios*, y Registros especiales (tumores malignos, accidentes, intoxicaciones y otros). Los dos primeros registros son de cobertura nacional e incluyen tanto al sector público como al privado. La integridad del registro de egresos hospitalarios es considerada adecuada, en cambio, la notificación de las enfermedades sometidas a vigilancia epidemiológica (de carácter obligatorio) presentaría subregistro especialmente cuando estas afectan a los adscritos al sector privado. El subregistro de la notificación no ha sido cuantificado, hecho que desde el punto de vista de las acciones a realizar no es de mayor relevancia, siempre que el grado de subregistro no experimente o haya experimentado variaciones. En todo caso, las notificaciones representan la mejor fuente de información para estimar la incidencia de las enfermedades infecto-contagiosas.

Las *licencias médicas*, constituyen una fuente de morbilidad, raramente utilizada con fines de determinación de frecuencia de enfermedad. Las licencias médicas se otorgan por un profesional de la salud (médico, matrona, odontólogo) en aquellos casos en que un episodio de enfermedad requiere reposo. En general, son otorgadas a los trabajadores dependientes y a aquellos independientes que realizan cotizaciones previsionales. Además de las licencias por enfermedad común, existen otros dos tipos de licencias, la licencia maternal y la de la enfermedad grave del hijo menor de un año. El aparente abuso de estas últimas las hace poco confiable para estimar la carga de morbilidad en este grupo de edad. Si bien las licencias tienen la ventaja de identificar aquellas enfermedades que requieren reposo, y que por ende serían de mayor gravedad, tienen la desventaja de cubrir solo a una parte de la población (que es usualmente la con menos necesidades de salud).

Otra fuente indirecta para determinar la morbilidad la constituyen las *pensiones de invalidez otorgadas*, las cuales tienen la limitación de concentrar cierto tipo de entidades como las secuelas de accidentes. Además, no existe a la fecha un registro de calidad a nivel nacional.

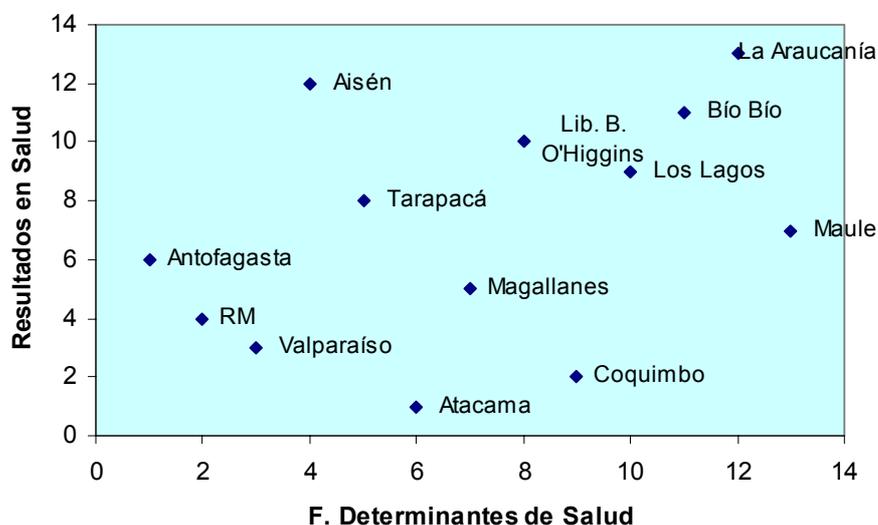
iii) Medición de Calidad de Vida Relacionada a la Salud: Las encuestas de morbilidad percibida y comprobada como la encuesta de calidad vida y la encuesta nacional de salud, en la que se establece la prevalencia de ciertas enfermedades crónicas y factores de riesgo, constituyen una interesante y útil herramienta para conocer la morbilidad de la población chilena. En este mismo contexto, la encuesta CASEN es de gran utilidad, teniendo además como ventaja la periodicidad de su realización (cada dos años).

En un estudio piloto del Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud (2005) se han validado dos instrumentos de medición de la calidad de vida asociada a la salud, para la población del sistema isapre vía encuestas de autopercepción. Los resultados del estudio se enmarcan sólo en el sistema isapres que representa sólo el 23% de la población, que además, está conformado por personas más jóvenes, sanas y de mayores ingresos en el país que en el sistema público. Por lo tanto, se precisa evaluar la calidad de vida relacionada a la salud de una muestra representativa de la totalidad de la población chilena y así poder disponer de una medida basal de la calidad de vida relacionada a la salud, antes de la implementación de los cambios propiciados por la reforma de salud.

No obstante lo anterior, estos mismos estudios recomiendan realizar investigaciones adicionales para comparar el desempeño de los instrumentos en Chile, de manera de evaluar directamente las preferencias de los chilenos para los diferentes “estados de salud” y con ello construir ponderadores del valor o utilidad de estado de salud para Chile, asociados a determinantes de salud.

Una aplicación de lo anterior se realizó en el Documento de Trabajo “Ranking de Salud Regional”, donde se establece un ordenamiento de salud de las regiones del país a través de la evaluación de variables de resultados y factores determinantes de salud, basado en la metodología del Instituto de Políticas y Salud Pública de Estado de Winconsin de EE.UU. En el se escogieron variables de resultados de salud como mortalidad prematura, autopercepción de estado de salud (Casen) y ausentismo laboral como proxy de morbilidad. Como factores determinantes se incluyeron grupos de variables asociadas a la atención de salud, a factores conductuales como tabaquismo y sedentarismo (entre otras) y factores socioeconómicos como años de escolaridad y nivel de pobreza. El resultado de este análisis se aprecia en la siguiente figura:

Figura 5:
Ranking de factores determinantes de salud y Ranking de resultados regionales



Fuente: Ranking de Salud Regional , Chile 2005. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo, P. Olivares, 2005

En la figura 5, los puntos más cercanos al origen de ambos ejes representan un mejor nivel de resultados en salud y una influencia menos problemática de los determinantes de salud en las regiones.

La Superintendencia ha planteado este documento de trabajo como un elemento para la discusión y alerta sobre sus posibles debilidades y sus ventajas. Constituye un estudio inicial para una línea de desarrollo de este tipo de evaluación. Un análisis posible de los resultados, obtenidos hasta ahora, es que nos encontramos ante un grupo de regiones con malos resultados en salud y altamente demandadas por su nivel de determinantes. Ese grupo crítico lo constituyen La Araucanía, Bio Bio, Los Lagos, Lib. B. O'Higgins y Maule. Después tenemos un grupo de regiones de buenos resultados en salud pero alto impacto de determinantes, lo que puede significar problemas potenciales, aquí encontramos a Magallanes, Atacama y Coquimbo. Hay dos regiones que presentan niveles de influencia de los determinantes moderados pero malos niveles de salud (Aisén y Tarapacá), dónde podría concluirse que hay espacio para mejorar los niveles de salud. Finalmente Antofagasta, Valparaíso y la RM, son las regiones que aparecen en mejor situación. No obstante, claramente la no inclusión de factores medioambientales puede estar influyendo en la buena posición relativa de estas regiones¹².

Estudios de Autopercepción del estado de salud: Generalmente los estudios comparativos del estado de salud de grupos poblacionales se limitan a analizar los datos de mortalidad y morbilidad. La incorporación de mediciones de percepción del estado de salud es un elemento relativamente nuevo en las investigaciones de este tipo y

¹² En efecto, el documento explica que esta variable no pudo ser incorporada dada la diversidad de las causas del problema entre las regiones y la variabilidad en la calidad de los registros.

sumamente relevante para la elaboración de políticas. Con estos estudios se puede llegar a establecer un perfil multidimensional del estado de salud (Superintendencia de Salud, 2005, Departamento de Estudios y Desarrollo)

3.4 Diseño de Determinación de Línea Basal en Eficiencia del Proceso de Desarrollo de la Reforma

Para seguir el proceso se requiere analizar la dinámica, es decir, la relación entre el diseño y la implementación y los contenidos del proceso es decir las estrategias diseñadas y las actividades emprendidas en lo concreto.

3.4.1 Objetivo y Métodos

a) Objetivos

Realizar un monitoreo y seguimiento del cambio en los procesos de generación de acciones de salud activados por la reforma

Evaluar periódicamente, y con una metodología pre-definida, la eficiencia relativa (a lo anterior) de las nuevas modalidades implementadas

b) Métodos

El análisis consistirá en determinar la Línea Basal en Eficiencia Macro en el Sistema de Salud, que se refiera a la utilización de servicios de salud y los recursos involucrados a nivel global, evitar el despilfarro de recursos, la tendencia a la eficiencia económica del sistema, la capacidad de detener o regular el aumento del Loading fee (administración y excedentes del aseguramiento), rol y regulación de la intermediación, la integración público privada, el grado de desarrollo de la separación de funciones, las políticas de inversiones y desarrollo tecnológico, etc.

Por otra parte será necesario seguir la Eficiencia de los procesos en el Sistema de Salud, tales como el análisis del procesos de producción en redes, capacidad de implementación de los cambios requeridos, seguimiento del cumplimiento de garantías en el tiempo, cambios en la organización y gestión del sistema, los mecanismos de asignación de recursos, los sistemas de información implementados, etc.

Los métodos de investigación en esta parte consisten en el desarrollo de una serie de interrogantes en torno a ajes principales del desarrollo de procesos de la reforma, esto es:

- Sobre la Estrategia de Implementación
- Sobre el marco jurídico o Modelo Institucional y la separación de funciones
- Sobre el marco jurídico o Modelo Institucional y la Regulación
- Sobre la Modalidad de atención que se promueve
- Sobre el Modelo de Financiamiento de la atención de salud y los esquemas de incentivos
- Sobre el Modelo de gestión que se promueve
- Sobre la capacidad de oferta y los servicios priorizados
- Sobre los niveles de calidad y la tecnología

Consiste básicamente en un análisis cualitativo donde las fuentes de respuesta de estas interrogantes podrán ser diversas: sistemas de información del sistema de salud, entrevistas con personas claves en cada aspecto, cuestionarios ejecutivos del sistema, cuestionarios y encuestas para usuarios, etc.

A lo anterior se puede agregar un análisis cuantitativo que mida eficiencia relativa, para comparar con una situación base y una vez en implementación entre distintos agentes: sector público privado de aseguramiento, sector público privado de provisión, al interior del sector público de provisión y al interior del sector privado de seguros y de proveedores. Para ello se explorará una metodología que utiliza el ajuste de riesgos, incluyendo diagnósticos, para medir y comparar entidades de salud, tanto seguros como proveedores. La metodología DxCG ha sido probada en estudios anteriores a nivel del sector público¹³ y puede ser adaptada para incorporar al sector privado

¹³ Ver, CCid, XRiesco. "Evaluación de Servicios de Salud Mediante Ajuste por Riesgos con Diagnósticos: Uso del Modelo DxCG para Servicios de Salud en Chile", Abril, 2005, Borrador en edición para el MINSAL.

4. Referencias

Cid C. (2005). "Diagnoses-Based Risk Adjustment Model for Improving Solidarity and Efficiency: First Proposal for Chilean Health Care System and Comparison with the Demographic Model". Draft paper para obtener grado PhD en Economía de la Salud. Department of Economics, Institute for Health Care Management, University of Duisburg-Essen. Essen.

Cid C. Riesco X. (2005). "Evaluación de Servicios de Salud Mediante Ajuste por Riesgos con Diagnósticos: Uso del Modelo DxCG para Servicios de Salud en Chile". Borrador en Edición para el MINSAL.

Christopher J.L. Murray, Ke Xu, Jan Klavus, Kei Kawabata, Piya Hanvoravongchai, Riadh Zeramdini, Ana Mylena Aguilar-Rivera, David B. Evans (?). "Assessing The Distribution of Household Financial Contributions to the Health System: Concepts and Empirical Application".

Hernández S., Sandoval H., Delgado I. (2005) "Las diferencias entre lo público y lo privado" en "En la perspectiva de la equidad. Determinantes sociales de la salud en Chile". Jadue L., Marín F. (editoras), pags. 21-28, Octubre 2005.

Holst Jens (2002). "El Sistema previsional de salud: Problemas de equidad y selección intermedia de riesgos". Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Proyecto sectorial.

Iniciativa Reforma Sector Salud. LACASS (1999). "Línea Basal para el Seguimiento y la Evaluación de las Reformas del Sector Salud en América Latina" Ediciones Especiales N°2.

Ke Hu, David B Evans, Kei Kawabata, Riadh Zeramdini, Jan Klavus, Christofer J L Murray (2003). "Household catastrophic health expenditures: a multicountry analysis". The Lancet, Vol 362, July 12, 2003.

Koolman X. and van Doorslaer E. (2003). "On the interpretation of a concentration index of inequality". Department of Health Policy & Management, Erasmus University. Rotterdam, The Netherlands.

Ministerio de Planificación y Cooperación (2000). "Impacto Distributivo del Gasto Social 2000. Informe Ejecutivo". Mideplan, Julio de 2001. Disponible en www.mideplan.cl.

Ministerio de Planificación y Cooperación (2004). "CASEN 2003. Principales Resultados Salud". Disponible en www.mideplan.cl

Ministerio de Salud (1999). "Una Contribución al Fortalecimiento del Sector Salud Chileno. Informe de Evaluación Proyectos Minsal-Banco Mundial". Unidad Coordinadora de Proyectos Minsal-Banco Mundial, Agosto, 1999.

Ministerio de Salud. Unidad de Economía de la Salud (2004). Informe sobre Equidad en Salud. M. Matus. Borrador, Diciembre de 2004.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). "Financiamiento de los sistemas de salud y el análisis del impacto del gasto de bolsillo en los hogares". Departamento del Financiamiento de los Sistemas de Salud. Presentación de Ana Mylena Aguilar-Rivera, Agosto de 2005.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1998). "La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud". OPS-OMS, Junio 1998.

Rawls John (1971). "Teoría de la Justicia". Fondo de Cultura Económica, México, 1978.

Riesco X. con colaboración de Marcoleta B. (2005) "Evaluación del Financiamiento y Gestión de los Flujos Financieros en APS en Chile". Departamento de Economía de la Salud. División de Planificación Sanitaria-MINSAL.

Sapelli C., Vial B. (1998). "Utilización de Prestaciones de Salud en Chile: ¿Es Diferente entre Grupos de ingreso?. Cuadernos de Economía Universidad Católica de Chile. Año 35, N°106, pp. 343-382. Diciembre de 1998.

Superintendencia de Isapres (2004). "Propuesta Evaluación de la Reforma". Preparado por J. Labbé y M. Concha. Departamento de Estudios, Agosto de 2004.

Superintendencia de Salud (2005). "Análisis General de los Egresos Hospitalarios Año 2004". Preparado por R. Tegtmeyer. Departamento de Estudios y Desarrollo, Septiembre de 2005.

Superintendencia de Salud (2005). "Evaluación de la Reforma Segunda Parte: Determinación de Líneas Basales". Preparado por C. Cid, E. Salazar. Departamento de Estudios y Desarrollo, Septiembre de 2005.

Superintendencia de Salud (2005). "Ranking de Salud Regional Chile 2005". Documento de Trabajo preparado por P. Olivares. Departamento de Estudios y Desarrollo, Junio 2005.

Superintendencia de Salud (2005). "Calidad de Vida Relacionada a la Salud en Beneficiarios de Isapres. Validez del cuestionario EQ-5D". Documento de Trabajo preparado por P. Olivares. Departamento de Estudios y Desarrollo, Junio 2005.

Superintendencia de Salud (2005). "Perfil del estado de Salud de Beneficiarios de Isapres". Documento de Trabajo preparado por P. Olivares. Departamento de Estudios y Desarrollo, Marzo 2005.

The World Bank. Latin America and the Caribbean Region (2005). "Beyond Survival. Protecting Households From the Impoverishing Effects of Health Shocks. Regional Study". Preliminary Draft June 14, 2005.

Wagstaff Adam, van Doorslaer Eddy (1992). "Equity in the Finance of health care: Some international comparisons". Journal of Health Economics 11 (1992) 361-387. North Holland.

Wagstaff A., van Doorslaer E. (1996). "Progressivity, horizontal equity and reranking in health care finance: a decomposition analysis for the Netherlands". Journal of Health Economics 16 (1997) 499-516.

Wagstaff Adam, van Doorslaer Eddy (2000). "Equity in Health Care Finance and Delivery". En Handbook of Health Economics, Volume 1, Edited by A. J. Culyer and J. P. Newhouse.

Wagstaff Adam (2001). "Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on and Alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index". Development Research Group and Human Development Network. World Bank.

Wagstaff A. and van Doorslaer E. (2002). "Overall vs. Socioeconomic Health Inequality: A Measurement Framework and Two Empirical Illustrations"

Anexo

Análisis Adicionales en Desarrollo

Se puede desarrollar una alternativa para profundizar en la medición de la equidad del gasto de bolsillo en salud. En particular, se muestra el nivel de equidad vertical y horizontal de dicho gasto, y el efecto redistributivo que puede generar para establecer un nivel de base de esta situación en Chile. Aquí se presenta un avance de la metodología.

a) Equidad vertical y horizontal del gasto de bolsillo en salud: Chile 1997.

Basados en la Metodología de Wagstaff-van Doorslaer, 2000, en esta sección se ofrece una alternativa para profundizar en la medición de la equidad del gasto de bolsillo en salud. En particular, se muestra el nivel de equidad vertical y horizontal de dicho gasto, y el efecto redistributivo que puede generar para establecer un nivel de base de esta situación en Chile. Ello sólo es posible con una encuesta que relaciones salud y gasto en salud con ingresos de hogares, como lo hace la encuesta de presupuestos familiares del INE 1997.

Cabe tener presente que este es un análisis complementario al de OMS, dado que a diferencia de éste el análisis a la Wagstaff 2001, profundiza en la distribución de gasto entre distintos grupos sociales, a diferencia del de la OMS que profundiza en la probabilidad de que un gasto catastrófico provoque la pobreza en los hogares.

De este modo lo que se mide es lo siguiente:

$$RE = V - H - R,$$

Donde,

$$V = (g/1-g)K,$$

$$H = a_x G_{F(x)}$$

$$R = G_{x-p} - C_{x-p}$$

Donde además,

RE= efecto redistributivo

V= equidad vertical

H= equidad Horizontal

R= Índice de redistribución

g= Parte del ingreso dedicada a gasto en atención de salud

K= Índice de Kakwani

G=Coeficiente de Gini

C=Gini post pago salud

Es posible construir estos indicadores con los datos de la encuesta INE 1997. Esto será desarrollado en estudios posteriores.