

Análisis

Medwave. Año XI, No. 11, Diciembre 2011. Open Access, Creative Commons.

Análisis presupuestario en salud en el contexto de la desigualdad en Chile

Autor: Matías Goyenechea Hidalgo⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Salud Un Derecho, Santiago, Chile

Correspondencia: mgoyenechea@gmail.com

doi: 10.5867/medwave.2011.12.5271

Ficha del Artículo

Citación: Goyenechea M. Análisis presupuestario en salud en el contexto de la desigualdad en Chile. *Medwave* 2011 Dec;11(12) doi: 10.5867/medwave.2011.12.5271

Fecha de envío: 17/11/2011

Fecha de aceptación: 18/11/2011

Fecha de publicación: 1/12/2011

Origen: solicitado

Tipo de revisión: con revisión editorial interna

Resumen

Chile tiene enormes problemas motivados por la aplicación de políticas de mercado en el área de la salud, ya que se comprende la salud como un bien de consumo en lugar de verse como un derecho. Esta lógica, implantada en los años en que Chile estuvo bajo un régimen dictatorial, generó un subsistema público de salud que concentra a la mayor parte de la población de mayor riesgo (enfermos y adultos mayores) y otro subsistema privado al que pertenece sólo el 13% de la población que cuenta con una alta capacidad de pago. En este contexto se da la discusión presupuestaria de Chile, al menos durante los últimos 30 años.

Abreviaturas:

FONASA: Fondo Nacional de Salud

ISAPRE: Institución de Salud Previsional

APS: Atención Primaria de Salud

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

PPI: Programa de Prestaciones Institucionales

PPV: Programa de Prestaciones Valoradas

Cuestión previa: distribución del gasto en salud en Chile

La salud en Chile se financia por una serie de vías¹, entre las que se encuentran las cotizaciones obligatorias que realizan los trabajadores a FONASA (seguro público) y a las ISAPRE (seguros privados), este aporte corresponde a un 7% del ingreso imponible de cada trabajador. Los trabajadores que están afiliados a los seguros privados cotizan un promedio del 10% de su salario, ya que la mayor parte de la cobertura entregada por los seguros privados excede el 7% legal que debe retener la cotización². Un segundo mecanismo de financiamiento es el gasto de bolsillo, que incluye la compra de medicamentos y los copagos en prestaciones de salud. Un tercer mecanismo es el aporte fiscal (compuesto principalmente por impuestos y otras fuentes de ingreso del Estado chileno), y que se define a través de la discusión parlamentaria del presupuesto de la Nación.

La estimación más completa existente sobre el gasto de salud en Chile es de autoría del profesor Camilo Cid, quien estimó que al 2008, las cotizaciones de salud corresponden a un 35% del gasto total del país en salud, mientras que el aporte fiscal es de un 25% y el gasto de bolsillo corresponde a un 40% del total del gasto¹.

Total Sistema	% del PIB	% Distribución Total
Cotizaciones	2,4%	35%
Aporte Fiscal	1,7%	25%
Gasto de Bolsillo	2,8%	40%
TOTAL	6,9%	100%

Tabla I. Distribución entre las fuentes de financiamiento de la salud (2008).

Fuente: Elaboración de C. Cid 2011.

Estos datos tienen la particularidad de que en sí mismos muestran el grave problema de desigualdad existente en Chile³. El gasto de bolsillo, profundamente inequitativo dado que impacta fuertemente en los quintiles de la población más empobrecida, es la principal fuente de financiamiento de la salud en Chile¹.

Presupuesto de salud para el año 2012⁴

La discusión presupuestaria se realiza en el Parlamento todos los años, entre octubre y noviembre (60 días, por Ley). En esta discusión, el gobierno de turno entrega sus estimaciones de los ingresos del país, como también fija los gastos que realizarán las diferentes entidades del Estado de Chile.

La composición del presupuesto de salud para el 2012, en un 60% corresponde al aporte fiscal y en un 30% a las

cotizaciones de salud de los trabajadores afiliados a FONASA. Hay un 10% restante que está compuesto por copagos registrados por FONASA y otros ingresos.

El presupuesto destinado para el sector público de salud en 2012 aumenta en un 6,7% en relación al presupuesto del año 2011. Este crecimiento es el menor experimentado en los últimos años, en que hubo un aumento, en promedio, de un 13% anual.

Si se analiza el presupuesto de salud en porcentaje del PIB, se puede apreciar que en Chile se destina un 3,41% del PIB para cubrir la salud de más de 13 millones de chilenos que se atienden a través de la red pública de prestadores. De esta cantidad, las cotizaciones de los trabajadores alcanzan al 1,36%, mientras que el aporte fiscal es de un 2,05% (ver tabla II).

	2011	2012	Crecimiento 2012-11
Presupuesto	4.031.614.232	4.301.644.923	270.030.691
% del PIB 2012	3,20%	3,41%	0,21%
Aporte Fiscal	2.449.586.286	2.582.071.148	132.484.862
% del PIB 2012	1,94%	2,05%	0,11%

Tabla II. Presupuestos de salud en PIB* (en miles de pesos 2012).

Fuente: Ley de Presupuestos 2011 y Proyecto de Ley de Presupuestos 2012, en <http://www.dipres.cl/572/channel.html>

*Calculado según el PIB tendencial 2012, publicado por el Ministerio de Hacienda.

Según las estadísticas que maneja la OCDE sobre nuestro país, la dimensión del sector privado de salud en términos de su porcentaje del PIB es de un 4,4% (al año 2009)⁵, esto para atender a una población de 2,8 millones de personas. En la tabla II se calculó el porcentaje del PIB para el sector público de salud, con los datos para el 2012, y el resultado obtenido es que se financiaría la salud de 13 millones de chilenos con 3,41% del PIB, con un aporte fiscal de un 2,05% del PIB. Estas cifras son brutales y evidencian el grave problema de la desigualdad y segregación existentes en nuestro sistema de salud.

Atención primaria

La atención primaria de salud (APS) es un pilar fundamental del sistema de salud chileno, y según el actual gobierno es una de sus prioridades en el presupuesto 2012. La APS se financia a través de un sistema de pago del tipo *per cápita*, que paga una cantidad fija a cada establecimiento de APS por cada

usuario inscrito en el mismo. La cifra pagada durante el 2011 era de \$2.750 pesos *per cápita* y este año aumentaría a \$3.123 (sin embargo el gobierno ha indicado a la fecha tres montos distintos). De esta forma, los recursos se ven incrementados. Pero al realizar un examen de los recursos que se entregan a través de la APS, se puede observar disminuciones significativas, sin una explicación por parte de las autoridades. Un ejemplo de esto es el programa ampliado de inmunizaciones, que tiene como objetivo la compra de vacunas para la población; este programa que parece fundamental para conservar el estado de salud de la población, presenta una disminución de un 14,8% en relación al 2011. Otro elemento preocupante es la disminución del presupuesto para el ítem "inversiones en salud primaria", recursos destinados a la construcción de nueva infraestructura y a la renovación de la ya existente. Estos fondos son disminuidos en un 27% entre el 2011 y el 2012.

Atención Primaria	Ppto. 2011	Ppto. 2012	Var. %
Atención Primaria de Salud (FONASA)	763.246.914	861.510.513	12,90%
Programa de Alimentación Complementaria	45.624.526	45.624.526	0,00%
Programa Alimentación Complementaria Adulto Mayor	19.593.718	20.687.566	5,60%
Programa Ampliado de Inmunizaciones	28.384.249	24.176.007	-14,80%
Atención Primaria de Salud / componente promoción	3.093.602	3.511.689	13,50%
Inversiones en Salud Primaria	36.602.490	26.730.659	-27,00%
TOTAL	896.545.499	982.240.961	9,60%

Tabla III. Presupuestos comparados para la Atención Primaria de Salud.

Fuente: <http://www.dipres.gob.cl/572/channel.html>

Atención secundaria y terciaria

Los mecanismos de pago para los niveles secundario y terciario de atención de salud son varios. En primer lugar, el programa de prestaciones institucionales (PPI) "componente netamente histórico"⁶ -con el que funcionan históricamente los diferentes establecimientos, y que son reajustados anualmente-; por esta vía se pagan los bonos de desempeño, la base histórica, ley médica, asignación de zona y otros bonos⁷. Un segundo mecanismo es el programa de prestaciones valoradas (PPV) "que se componen a su vez de pagos asociados a diagnósticos (PAD), pago por prestación (PPP), programas especiales, complejos, garantías explícitas en salud (GES), urgencias"⁶. Las PPV son un mecanismo de pago por acto, que agrupan gran parte de prestaciones que se realizan en los hospitales, las que se deben programar previamente en acuerdo con FONASA; pero éste es un mecanismo que tiene techo presupuestario, es decir, si el

hospital realiza más prestaciones de las acordadas con el seguro público, la institución no recibirá los montos para cubrirlos.

Llama poderosamente la atención el cambio profundo en la relación porcentual entre estos mecanismos de pago, generando un cambio de tendencia significativo respecto a los últimos años, sobre todo si miramos la ejecución del presupuesto, y especialmente el presupuesto vigente (ver tabla IV). La disminución del PPV en 27,3% y el aumento del PPI en 38,7% implican que se han realizado importantes "reasignaciones" presupuestarias entre estos dos mecanismos de pago, pero no sólo en un sentido monetario, sino más bien en las diferentes prestaciones que se pagan a través de cada uno de estos mecanismos. Esta situación no ha sido fundamentada por la actual administración.

Mecanismo de pago	Ley 2011	Ppto. Vigente**	2011	Variación %	Relación % Ley	Relación % Vigente
PPV	964.404.119	700.790.385		-27,33%	51,8%	36%
PPI	898.208.693	1.246.057.476		38,73%	48,2%	64%
TOTAL	1.862.612.813	1.946.847.861		4,52%	100,0%	100%

Tabla IV. Relación porcentual entre PPV y PPI (2011)*

Fuente: elaboración propia en base a <http://www.dipres.gob.cl/572/channel.html>

*En miles de pesos 2012.

** Presupuesto vigente al tercer trimestre de 2011.

Si bien la relación porcentual entre el PPV y el PPI para el presupuesto 2012 vuelve a su cauce "natural", no se puede asegurar de antemano que en la ejecución del presupuesto durante el 2012, no volvamos a la misma

situación observada en la ejecución del presupuesto de 2011, y esto se debe a la total disparidad entre lo aprobado en el parlamento y lo que realmente se termina realizando.

Mecanismo de pago	Ley 2012	Relación % Ley	Var. % 2012-11 (Ley)	Var. % 2012-11 (Vigente)
PPV	1.139.270.829	57,9%	18,1%	67,1%
PPI	828.661.816	42,1%	-7,7%	-31,6%
TOTAL	1.967.932.645	100,0%	5,7%	1,1%

Tabla V. Relación porcentual entre PPV y PPI (2012)*

Fuente: elaboración propia en base a datos de <http://www.dipres.gob.cl/572/channel.html>

* En miles de pesos 2012.

En el análisis de estos dos mecanismos de pago, se puede apreciar que lo que se aprueba por ley de presupuesto no guarda relación con lo que finalmente se ejecuta.

Transferencias al sector privado de salud para provisión de servicios de salud

Las transferencias de fondos al sector privado de salud se realizan a través de varios mecanismos. El más importante de estos mecanismos en términos de los recursos que se transfieren es la "modalidad de libre elección" (MLE), en virtud de la cual los usuarios del seguro público pueden acceder a los prestadores del subsistema privado. Un segundo mecanismo está incorporado dentro de las PPV, y se denomina "convenios de provisión de prestaciones médicas", donde se encuentran las compras que realizan los prestadores públicos a los prestadores privados. Un tercer mecanismo es el llamado "bono AUGE" que consiste en un "voucher" entregado a los usuarios del sistema público para

atenderse en el sector privado en caso de que no exista oferta pública donde realizar el servicio requerido (esto es para las patologías incorporadas en las garantías explícitas de salud -GES⁸). Según el actual director de FONASA, Sr. Mikel Uriarte, estas transferencias constituyen el 60% del total de ingresos de los prestadores privados de salud, por un total de recursos que asciende a 1.000 millones de dólares anuales⁹.

Las cifras entregadas por el director de FONASA se ven ratificadas por los datos de la Dirección de presupuesto del Ministerio de Hacienda (ver tabla VI). Para el presupuesto del año 2012 estos montos alcanzarán los 512 mil millones de pesos, cifra un 21,7% mayor comparada con el presupuesto elaborado por la administración anterior (Ley de presupuesto 2010) esto equivale a un 0,4% del PIB del sector público que termina en los prestadores privados del sistema de salud chileno.

Ítem	2012	2011	2010	Var. % 2012-11	Var. % 2012-10
Provisión de prestaciones médicas	110.043.068	113.057.718	66.173.600	-2,7%	66,3%
Bono AUGE (PPV)	4.112.000	6.444.972		-36,2%	
Total compra a privados PPV	114.155.068	119.502.690	66.173.600	-4,5%	80,6%
MLE	398.213.338	376.986.646	341.846.003	5,6%	10,3%
TOTAL de transferencias a privados	512.368.406	496.489.336	408.019.602	3,2%	21,7%

Tabla VI. Transferencias públicas al subsistema privado de salud.

Fuente: elaboración propia en base a datos de <http://www.dipres.gob.cl/572/channel.html>

Tareas para el futuro

En Chile debemos realizar un profundo examen de la situación de nuestro sistema de salud, en relación a los problemas ligados a la falta de financiamiento de recursos al sector público y al sobrefinanciamiento que tiene el sector privado. Es necesario cambiar la situación de desigualdad profunda en el financiamiento del sistema de salud chileno. Por eso, en Salud un Derecho sostenemos que se requiere una reforma estructural del sistema de salud.

La problemática del financiamiento de la salud se resolverá de una forma estructural solamente si se genera una reforma tributaria que permita financiar tanto a la salud como a la educación, a fin de romper el desfinanciamiento crónico en estos dos sistemas públicos.

Otro elemento para reflexionar es la elevada cantidad de fondos públicos que se transfieren al sector privado, y que se podrían destinar a mejorar la calidad, junto con poner a producir la capacidad instalada del sector público y que hoy es subutilizada.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

El autor ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por Medwave, y declara no tener conflictos de intereses. El formulario puede ser solicitado contactando al autor responsable. El autor ha declarado ser miembro activo de [Salud Un Derecho](#), movimiento ciudadano que no recibe ningún tipo de financiamiento.

Referencias

1. Cid C. Financiamiento agregado de la Salud en Chile: año 2008. Cuad Méd Soc (Chile) 2011, 51 (3):143-150. ↑
2. Superintendencia de Salud. Estadísticas consolidadas de cartera del sistema Isapre año 2011. ↑ | [Link](#) |
3. Bachelet VC. Las cifras de la desigualdad de Chile en salud. Medwave 2011 Sep;11(09). ↑ | [Link](#) |
4. El análisis del presupuesto aquí desarrollado proviene de análisis presupuestarios para 2011 y para 2012, realizados en conjunto con Camilo Cid, en que participó el autor en ambos casos y otros autores para el caso de 2011.
5. OCDE. Health Expenditure and Financing. ↑ | [Link](#) |
6. Cid C. Ibern P. Regulación del financiamiento a hospitales: yardstick competition aplicada a los hospitales públicos en Chile. Cuad Méd Soc. (Chile) 2008, 48(3):155-164. ↑
7. Jarpa C. El seguro público de salud y el régimen de garantías explícitas en salud. Chile: FONASA, 2008. ↑ | [Link](#) |
8. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Garantías explícitas en salud. ↑ | [Link](#) |
9. Fonasa reduce deuda hospitalaria en 44% en un año y llega a \$ 59 mil millones. Diario Financiero. 29 de agosto de 2011 ↑ | [Link](#) |



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.