

Financiamiento de la atención de la salud en Chile. 2000-2007

Financing Health Care in Chile. 2000-2007

Rafael Urriola Urbina¹

Resumen

Este documento tiene como marco la protección social en salud. Su objeto es precisar indicadores y conceptos de la economía de la salud que permiten estudiar y proponer políticas y arreglos institucionales para que las personas sean protegidas financieramente al momento de acudir a instituciones o prestadores de salud. El texto se divide en dos secciones: la una, con indicadores macrofinancieros (vinculando a la macroeconomía con las reglas globales del financiamiento de la salud); y, la otra, de carácter microfinanciero referido al impacto en la equidad de los gastos de bolsillo.

Se presenta un cuadro original del autor identificando el gasto total en salud de Chile: la suma del gasto público (aportes fiscales más cotizaciones obligatorias a la Seguridad Social) y el gasto privado (cotizaciones voluntarias a seguros incluyendo Isapres más gastos de bolsillo) y se examinan diversos indicadores financieros tales como: Gasto per cápita total en salud; Índice general de precios, Índice de precios de salud y tipo de cambio promedio; Gasto del gobierno en salud como proporción del total de gastos en salud; porcentaje del presupuesto de salud del gobierno dedicado a la consulta ambulatoria / la atención hospitalaria; Gasto de bolsillo como proporción del gasto en salud.

La segunda sección se refiere a la equidad en las cotizaciones; la composición del gasto de bolsillo en salud por quintil; y el acceso a medicamentos.

Palabras clave: protección social de la salud, financiamiento de la salud; gastos en salud; equidad.

Abstract

The background of this paper is the concept of health protection. The article aims to define both concepts and indicators of health economics, in order to develop and propose health policies to protect persons financially at the point of demand health services. The article is organized in two sections: The first one oriented to macroeconomic issues; and the second to microeconomic ones. Global information about the current public and private health care expenditures in Chile is provided.

Key word: health care protection; financing of health services; health care expenditure; equity.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el financiamiento de la salud como la "función de un sistema de salud relacionada con la movilización, acumulación y asignación de recursos para cubrir las necesidades de salud de las personas, individual o colectivamente, en el sistema de salud."

Este documento se inserta en el marco de la protección social en salud cuyo concepto es casi idénticos al de la OPS (2002): **"garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas o necesidades de salud a través del acceso a alguno de los subsistemas"**

Recibido el 7 de mayo de 2010. Aceptado el 31 de mayo de 2010.

¹ Programa de Políticas Públicas. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Correspondencia a: urriola_rafael@hotmail.com

de salud en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad y dignidad, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”(1).

El concepto de protección social se especifica a través de tres dimensiones principales (2): la de la cobertura horizontal, es decir, la proporción de la población que tiene acceso (cobertura) a alguno de los subsistemas de la seguridad social en salud o del sistema nacional de salud; la de la cobertura vertical (acceso a prestaciones, es decir, a qué prestaciones tienen derecho efectivo, oportuno y razonablemente garantizado tales afiliados); y, la de la protección financiera (en qué medida la cobertura del financiamiento de la salud impide que los gastos totales o complementarios en salud que pagan los individuos directamente exacerben la desigualdad en ingresos o estados de salud). Una cuarta dimensión se refiere a la percepción ciudadana o satisfacción de los usuarios acerca de los sistemas de salud expresada mediante encuestas u otros medios.

Se abarca las políticas y arreglos institucionales que permiten que las personas sean protegidas financieramente al momento de acudir a instituciones o prestadores de salud. La protección social en su aspecto financiero consiste, en síntesis, en reducir los gastos de bolsillo de las personas y, al menos, en evitar que los gastos en salud influyan en el status socioeconómico de las personas empujándolos a umbrales de mayor pobreza relativa que antes de sufrir un evento.

Hay estudios que confirman que una proporción de los hogares que no son pobres, ante la eventualidad de

afrontar con sus propios medios los gastos de salud, se reinseran en los estratos pobres (3). Asimismo, Wagstaff (4) concluye que “El rol de los seguros, o prepagos en general –según diversos estudios de países–, al expandir la cobertura tiende a reducir la incidencia de los gastos catastróficos y del empobrecimiento”.

En consecuencia, el texto se divide en dos secciones: la una, con indicadores macrofinancieros (vinculando a la macroeconomía con las reglas globales del financiamiento de la salud); y, la otra, de carácter microfinanciero pero que, en este texto², sólo se referirá a los gastos de bolsillo.

Los indicadores macrofinancieros de salud

Los indicadores macrofinancieros, en general, quedan explicitados a través de las cuentas nacionales de salud en sus diferentes versiones, es decir, incluyendo las cuentas satélites. Estos ejercicios, en sí mismo, son un cuerpo de indicadores relevantes para el análisis de las políticas públicas sectoriales y, además, proporcionan una muy amplia gama de definiciones útiles para examinar tales políticas.

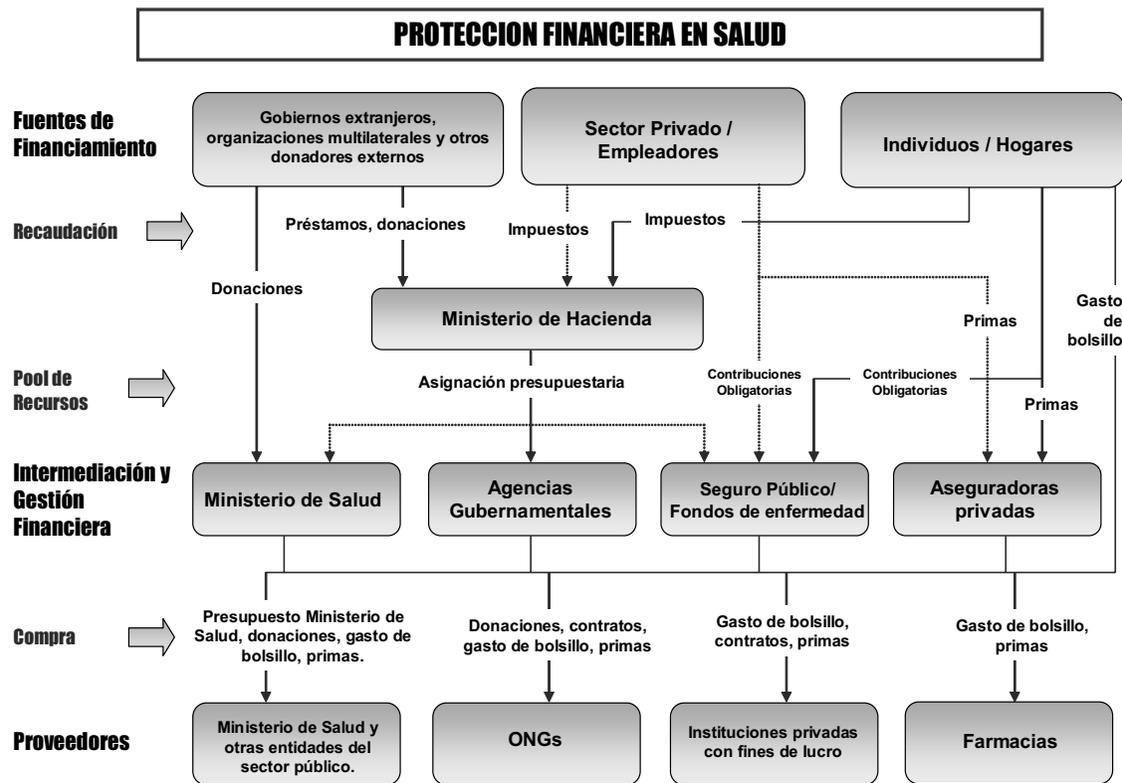
En una primera aproximación se ha usado el esquema de Mursaleena (6) que se asemeja a numerosos trabajos similares en que se sugieren indicadores para medir o evaluar aspectos financieros de la salud (7,8,9).

En efecto, a nivel macroeconómico existen indicadores que conciernen a la recaudación o fuentes de ingresos; a las formas de distribución de los recursos y, en tercer lugar, a los arreglos institucionales para definir mecanismos de pagos a los proveedores³.

2 Un trabajo más completo se hizo en Urriola (2009). (5)

3 Esta última dimensión no es abordada en este documento porque, de una parte, es muy compleja y abundante la literatura al respecto y porque, para algunos, es considerada como la esencia de la disciplina llamada economía de la salud, es decir, merece un cuerpo de indicadores propios y amplios.

Figura 1



Mursaleena (6) define de la siguiente manera los niveles de la figura 1: Las Fuentes de financiamiento conciernen a las fuentes de recursos, el tipo de aporte y los agentes (instituciones) que recolectan estos recursos. Todos los fondos, salvo las donaciones externas, son captados desde la población o de las instituciones públicas. Los tipos de aportes incluyen: impuestos, contribuciones a la seguridad social, seguros privados y gastos de bolsillo. Los agentes recaudadores (los cuales suelen tener también funciones relacionadas con la distribución de los recursos y la compra de servicios a los proveedores) pueden ser agencias gubernamentales o autónomas tales como la Seguridad Social; o privadas, como los seguros privados o aún seguros que administran los propios proveedores.

El "Pooling" o distribución combinada (solidaria) de recursos constituye el segundo aspecto principal en el marco del financiamiento de la salud. Se trata de administrar los fondos que provienen de las personas o de los hogares para asegurar a los beneficiarios contra el riesgo de tener que pagar el costo total de una situación de enfermedad. En consecuencia, la función de "pooling" involucra al financiamiento, tanto por impuestos como

por aportes a la seguridad social. Un sistema basado exclusivamente en pago por acto o pago por honorarios (fee-for-service user payments) es lo contrario del sistema de "pooling" que se comenta aunque en los esquemas solidarios podrían pagarse ciertas prestaciones en la modalidad de honorarios.

También deben considerarse en este nivel los subsidios cruzados, es decir, algunos grupos terminan por pagar más que el costo de producción de una prestación para que otros puedan acceder a menores costos. Esto puede ser equitativo o inequitativo. Los fondos solidarios indican que personas de menores demandas, por ejemplo jóvenes, pagan igual que los adultos mayores que tienen mayor demanda de servicios de salud. El subsidio cruzado tiene como explicación de justicia que, más tarde, los antes jóvenes serán beneficiarios del mismo subsidio.

En cuanto a los mecanismos de pago hay múltiples mecanismos e incluso combinaciones de ellos que pueden incluso ser diferenciados geográficamente ya que se trata, justamente, de emplearlos para reducir inequidades de acceso, económicas y geográficas.

Los mecanismos más comunes son:

- Presupuesto en base funcional (Line item budgets) que son atribuidos por los gastos realizados en rubros típicos como salarios, medicamentos, equipamiento y administración.
- Presupuesto global o en base histórica (*Global budgets*) que es atribuido en base a parámetros generales pero que, finalmente, lo que prima es el presupuesto de los años anteriores.
- Presupuesto percapitado (*Capitation*) que asigna montos según las personas enroladas y que asegura una cierta cantidad de prestaciones en un área geográfica determinada (es común en atención primaria y con los llamados médicos de cabecera, personales, de familia y otros nombres que, por lo demás, suelen permanecer porque tienen concepciones diferentes en cuanto al rol de estos profesionales).
- Pago asociado a diagnóstico (*Case-based payment*) combina los costos estimados asociados con intervenciones protocolarmente descritas y establecidas como promedios de los costos del tratamiento en condiciones de normalidad del desarrollo de la patología tratada, transfiriendo parte del riesgo al proveedor.
- Pago por servicio (*Fee for service or user fee*) es el pago que hacen los aseguradores y/o pacientes por un servicio de salud.

A. FUENTES DE LOS RECURSOS DE SALUD

Esta sección corresponde a la de las fuentes de fondos que son reflejadas en las cuentas nacionales y/o satélites de salud y que, en general, expresan agregados macroeconómicos de distribución.

El cuadro 1, de elaboración nuestra, es el resumen de las cuentas nacionales de salud⁴.

⁴ Este trabajo se inicia con el documento de Urriola (10) y es complementado y corregido especialmente con los documentos de Minsal: Encuesta de gastos de hogares (11) y cuentas satélites de salud (12). Si bien siempre hay ajustes posibles, las fuentes de cálculo en esta última versión son todas oficiales. En las versiones anteriores el gasto de bolsillo era estimado por iteraciones mientras que en esta presentación se optó por considerar el gasto en salud de los hogares que reporta el Banco Central de Chile en la versión anual de las Cuentas Nacionales (aunque subsisten interpretaciones diversas con respecto a los valores de mercado de los medicamentos).

Cuadro 1
Chile: estadísticas básicas económicas de salud

GASTO PUBLICO EN SALUD	51,6	51,2	51,1	51,1	52,4	55,6	56,2	56,3
APORTE PUBLICO DIRECTO	20,3	20,5	21,1	21,3	23,7	26,3	25,8	25,8
APORTE FISCAL	19	19,3	19,9	20,1	22,5	25,3	24,8	24,8
APORTE MUNICIPAL	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1	1	1
APORTE PUBLICO INDIRECTO	31,3	30,7	30,0	29,8	28,7	29,3	30,4	30,5
COTIZACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL								
COTIZACIONES AL SEGURO PUBLICO	11,8	12,4	12,5	12,8	12,3	13,6	14,4	14,6
COTIZACIONES AL SEGURO PRIVADO (obligatorias)	19,5	18,3	17,5	17,0	16,4	15,7	16	15,9
GASTO PRIVADO EN SALUD	48,3	48,9	48,8	48,9	47,6	44,5	43,8	43,7
COTIZACIONES VOLUNTARIAS	3,7	3,8	3,8	4,3	4,4	4,1	4,2	3,8
GASTOS DE BOLSILLO	44,6	45,1	45	44,6	43,2	40,4	39,6	39,9
Copagos y prestaciones privadas	34,8	35,2	35,3	34,4	33,5	31,3	30,9	31,3
Medicamentos	9,8	9,9	9,7	10,2	9,7	9,1	8,7	8,6
TOTAL SALUD/PIB	7,50	7,60	7,79	7,42	7,26	7,15	6,60	6,56
TOTAL SALUD PER CAPITA (Dólares CORRIENTES*)	365	333	332	349	436	526	595	654

Fuentes: ver anexo 1

* Como se indica más adelante estos valores pueden cambiar si se hacen ajustes por tipo de cambio.

A continuación se examinan los indicadores de mayor relevancia:

1. Gasto en salud como proporción del PIB

El gasto total en salud de un país incluye lo señalado en el cuadro 1, es decir, es la suma del gasto público (aportes fiscales más cotizaciones obligatorias a la Seguridad Social) y el gasto privado (cotizaciones voluntarias a seguros incluyendo Isapres más gastos de bolsillo de los pacientes). Cabe notar que si los gastos de bolsillo son asumidos por un seguro no obligatorio, dejan de ser gastos de bolsillo e incrementan el gasto privado.

Los estudios muestran que el nivel de desarrollo de los países se acompaña de recursos crecientes destinados a la salud tal que, por ejemplo, Estados Unidos, la mayor potencia económica, es también el país que más gasta en salud como proporción del Producto Interno Bruto (PIB). El gasto en salud en EE. UU. pasó de 5,2% del PIB en 1960

a 16% en 2007 (13)⁵ y se calcula que podría llegar a 20% en 2015. No obstante, 47 millones de personas (15.8% de la población) no disponen de seguridad social (14). En la Región de las Américas –señala la OPS (15)– el gasto en salud se incrementó de 5,9% del PIB en 1980 a 7,1% en 2005. La OCDE en promedio gasta 9,07% del PIB en salud (13). Chile, por su parte, como se reportas en el cuadro 1, destina a salud entre 2000-2007 en promedio 7,24% del PIB anual.

Asimismo, en EE. UU. la proporción del gasto público en salud con respecto al total del gasto sectorial se incrementó de alrededor de 28% en 1960 a 45% en 2006 lo cual repercute en las decisiones fiscales. El problema fundamental que releva este indicador es que un alza de los costos de la salud incrementará la presión fiscal pudiendo ocasionar un aumento del déficit (16). Al parecer, la preocupación de las autoridades surge en tanto la salud –a diferencia de otros gastos sociales como vivienda o educación– es un problema público que no puede “dosificarse” y es éticamente complicado distribuir las prestaciones únicamente tomando como criterio los aportes de cada individuo.

Por otra parte, cada país –o incluso regiones al interior de los países– pueden atraer recursos adicionales como las donaciones externas; o de otros sectores (en algunos casos los Ministerios de Educación tienen gastos importantes en salud de los infantes). Asimismo, hay estudios que indican que los cuidados no remunerados en salud (que además tienen casi siempre como protagonistas a mujeres) podrían ser una proporción importante del gasto en salud si a ello se le atribuyese un valor monetario (15).

1a. Gasto per cápita total en salud

El indicador per cápita tiene por objeto analizar la evolución “intrapais” pero también permite comparar entre países. El problema que surge, para efectos de comparaciones internacionales, es la alta volatilidad del tipo de cambio promedio de mercado en los países de la Región. Más aún, los mejores precios de las materias primas en el decenio pasado influyó notablemente sobre los términos de intercambio a favor de los países exportadores de petróleo y cobre. En Chile, con base 100 en 2000, el índice de la relación de precios de intercambio

mejoró hasta 170,6 en 2007; por su parte, América Latina y el Caribe como promedio llegó a 115,8 en el mismo período (17). Esto implica que las medidas de valores en dólares corrientes pueden tergiversar la tendencia real de los gastos en salud, como se visualiza en el caso de Chile (cuadro 1).

Para estos efectos se recomienda usar algún indicador de paridad del poder adquisitivo (PPA) que elimine la ilusión monetaria ligada a la variación de los tipos de cambio.

Como sea, resulta necesario precisar los cambios reales en el poder de compra de los gastos de salud. Hay evidencias de que los precios (costos) de la salud no se desenvuelven de igual manera que los del índice general de precios (cuadro 2)⁶. Por ello, es aconsejable que las autoridades de salud participen activamente en la construcción de canastas representativas del índice de precios sectorial para evaluar el poder de compra real de los aumentos presupuestarios para la salud.

Cuadro 2
Índice general de precios, índice de precios de salud y tipo de cambio promedio.
Chile 2000-2007 (base 100=2000)

Año	IPC general	IPC salud	tipo de cambio promedio anual*
2000	100	100	539,49
2001	102,63	105,75	634,94
2002	104,8	112,36	688,94
2003	106,8	119,41	691,41
2004	107,87	121,09	609,53
2005	110,71	124,26	559,77
2006	113,05	125,38	530,28
2007	120,14	127,59	522,47

Fuente: INE; Banco Central de Chile. *valor nominal de mercado

En consideración a lo anterior se diseñó el cuadro 3 que “anclara” el valor del gasto total per cápita en salud al año 2000 tal como se muestra a continuación:

5 OCDE health data versión june 2009.

6 El Índice de precios de la salud del cuadro 2 es el subíndice de bienes de salud y de aseo que figuran en el IPC general calculado por el INE.

Cuadro 3
Gasto per cápita en salud. Chile 2000-2007

Año	PESOS CORRIENTES	PESOS CONSTANTES DE 2000	DÓLARES CONSTANTES DE 2000
2007	338299	281.587	522
2006	312364	276.306	512
2005	291034	262.880	487
2004	263145	243.946	452
2003	238368	223.191	414
2002	226402	216.033	400
2001	211485	206.065	382
2000	196842	196.842	365

En primer lugar puede observarse un aumento de 43% en términos reales del gasto nacional per cápita en salud en el período y, la variación según dólares constantes del año 2000, es mucho más razonable que los “saltos” que se producen sin amortiguar el efecto de la volatilidad del tipo de cambio como se mostró en el cuadro 1.

2. Gasto Público en salud

2.a. Gasto público en salud como proporción del total de gastos gubernamentales

Hay indicios que los países que destinan mayor presupuesto público a salud contribuyen más intensamente a la equidad porque el gasto público compensaría esencialmente los gastos de bolsillo de las personas. En Chile, como se observa en el cuadro 1, el mayor gasto público se inicia con la Reforma de Salud de 2005. Esta implicó una reforma tributaria (aumento en 1% del Impuesto al Valor Agregado, IVA, para su financiamiento) y tuvo como consecuencia una reducción de alrededor de 4% del gasto en salud directo de las personas que fue, por consiguiente, asumido por el sector público.

2.b. Gasto del gobierno en salud como proporción del total de gastos en salud

El gasto público, por definición, incluye tanto los aportes de las cotizaciones a la Seguridad Social como los aportes directos del presupuesto fiscal y de los gobiernos locales o territoriales (18)⁷.

⁷ En 2009, la OCDE, Eurostat y la OMS han acordado revisar de manera conjunta la metodología del Sistema de Cuentas de Salud (SCS), lo que culminará en la publicación del Manual SCS 2.0.

De otra parte, se ha comprobado (19) que, en algunos países, para los cuales se cuenta con información, los ingresos y el consumo de servicios en el 20% más próspero de la población son de cinco a 25 veces más altos que entre el 20% más pobre. La paradoja es que pese a la frecuente invocación de la equidad como justificación para que el gobierno tome parte en la prestación de servicios de salud, los gastos de los servicios de salud público en países de menor desarrollo especialmente, han reforzado, en lugar de compensar, las inequidades observadas en los ingresos y el consumo. En consecuencia, el indicador de gasto público debe examinarse simultáneamente con el de la identificación de los beneficiarios (o focalización de los beneficios).

No obstante, el hecho de que las políticas públicas no conduzcan a mayor equidad por la vía de la distribución del gasto, no implica necesariamente reducir el rol del Estado sino destaca la necesidad de corrección de tales políticas.

En concreto, el aporte fiscal a la Salud proveniente de impuestos generales está constituido por: el presupuesto del Ministerio de Salud incluyendo las transferencias provenientes de otros ministerios; partidas relativas a Salud en Sanidad e infraestructura hospitalaria pertenecientes a las Fuerzas Armadas y de Orden y aportes municipales⁸. El cuadro 4 da cuenta de la evolución del aporte fiscal para la salud entre 2000 y 2007.

Cuadro 4
Aporte fiscal para salud (Chile 2000-2007)
(en millones de pesos y dólares)

Año	PESOS CORRIENTES	PESOS CONSTANTES DE 2000	DÓLARES CONSTANTES DE 2000	% PIB
2007	1.394.279	1.160.545	2151	1,63
2006	1.270.429	1.123.776	2083	1,63
2005	1.196.655	1.080.892	2004	1,81
2004	953.827	884.238	1639	1,64
2003	761.603	713.111	1322	1,49
2002	708.874	676.406	1254	1,55
2001	635.236	618.957	1147	1,47
2000	577.216	577.216	1070	1,43

⁸ No se incluyen otros gastos de salud de otras entidades públicas por no ser relevantes y, en algunos casos, de difícil cuantificación. Por ejemplo, esta vez no se incluyó los programas preventivos y dentales del Ministerio de Educación.

2 c. *Financiamiento Municipal o de Gobiernos Locales en Salud*

Una segunda fuente de financiamiento está constituida por lo que los gobiernos locales (Municipios en Chile) destinan a Salud, de acuerdo a la Ley de Rentas Municipales Decreto Ley N° 3.063, de 1979, refundido en el Decreto Supremo N° 2.385, de 1996, del Ministerio del Interior. Incluyendo los Recursos del Fondo Común Municipal, Ingresos propios permanentes y otros ingresos propios. Conforme ello cada municipio destina recursos para financiar acciones de salud, principalmente asociado a la Atención Primaria de Salud de dependencia Municipal. Es importante señalar que la municipalidad cuenta con la autonomía suficiente para aprobar su presupuesto anual y que este es independiente del Presupuesto de la Nación.

El cuadro 5 especifica en detalle la asignación de recursos que los gobiernos locales, de acuerdo a su ítem de transferencias, en su conjunto destinan a salud.

Cuadro 5
Aporte municipal para salud (Chile 2000-2007)
(en millones de pesos y dólares)

Año	PESOS CORRIENTES	PESOS CONSTANTES DE 2000	DÓLARES CONSTANTES DE 2000	% PIB
2007	57.031	47.470	88	0,07
2006	53.174	47.036	87	0,07
2005	47.154	42.592	79	0,07
2004	50.270	46.602	86	0,09
2003	44.051	41.246	76	0,09
2002	42.768	40.809	76	0,09
2001	38.114	37.137	69	0,09
2000	38.391	38.391	71	0,10

En todo caso, hay varios países de la Región en que, tanto por las modalidades de descentralización política como financiera, los aportes regionales o de gobiernos locales son significativos y, por lo tanto deben ser consignados de manera cuidadosa.

3. Distribución del gasto público en Salud

3. a. *Porcentaje del presupuesto de salud del gobierno dedicado a la consulta ambulatoria / la atención hospitalaria.*

Hay consenso, especialmente después de ALMA ATA, que los sistemas de salud deberían priorizar la Atención

Primaria. Por ello es necesario disponer de indicadores en cuanto a la distribución del gasto en los niveles de salud. Estas estadísticas suelen no estar disponibles en los países pero parecen importantes para hacer el seguimiento de los objetivos del milenio (ODM). En todo caso, basándose en Minsal (12) en la tasa de participación del valor agregado por actividad sanitaria (2003-2007) aparece que el nivel ambulatorio (nivel primario público y solo el nivel primario asociado a establecimientos de dependencia local) ocuparía el 23,7% del presupuesto en 2007 y el hospitalario para el sector público sería de 62,9%.

3. b. *Porcentaje de la asignación presupuestaria de salud del gobierno según gastos fijos y variables*

Si bien este indicador puede ser ambiguo en varias interpretaciones lo importante, más bien, es saber si la distribución de los aumentos de asignación presupuestaria –si los hubiese– es repartida equilibradamente.

Es asimismo importante conocer la distribución de los gastos en salud en los países porque, a menudo, los gastos en remuneraciones que son políticamente sensibles tienden a absorber una proporción tan alta del presupuesto que reduce la calidad de las atenciones por falta de equipamiento y accesorios básicos para las atenciones.

A continuación se exhiben estas distribuciones presupuestarias según las cifras del Presupuesto de la Nación en Chile.

Cuadro 6
Gastos en remuneraciones del sector público de salud en Chile (2000-2007) en millones de pesos y dólares

Año	PESOS CORRIENTES	PESOS CONSTANTES DE 2000	DÓLARES CONSTANTES DE 2000	% PIB
2007	816836	679.903	1260	0,95
2006	716440	633.737	1175	0,92
2005	644947	582.555	1080	0,97
2004	598085	554.450	1028	1,03
2003	545110	510.403	946	1,07
2002	525039	500.991	929	1,15
2001	492341	479.724	889	1,14
2000	457710	457.710	848	1,13

Fuente: Dipres. Presupuesto de la Nación (20).

Cuadro 7
Gastos en bienes y servicios del sector público de salud en Chile (2000-2007) en millones de pesos y dólares

Año	PESOS CORRIENTES	PESOS CONSTANTES DE 2000	DÓLARES CONSTANTES DE 2000	% PIB
2007	489240	407.225	755	0,57
2006	400640	354.392	657	0,51
2005	322182	291.014	539	0,49
2004	245952	228.008	423	0,42
2003	211765	198.282	368	0,41
2002	214895	205.052	380	0,47
2001	232754	226.789	420	0,54
2000	211956	211.956	393	0,52

Fuente: Dipres. Presupuesto de la Nación (20).

De los cuadros anteriores se puede desprender que hay un esfuerzo por no descuidar el aporte al equipamiento y a los insumos imprescindibles para sostener parámetros de calidad del sector público. No obstante, hay todavía un debate en Chile acerca de si el sector público está destinando los recursos suficientes para enfrentar las demandas explícitas que han surgido con la Reforma de la Salud.

Finalmente para evaluar la sostenibilidad de la Protección Social de la Salud (PSS) hay una evaluación necesaria que da cuenta de la variación comparada entre el aumento del IPC y el de los gastos en salud, es decir, el indicador es el de la relación entre el aumento del financiamiento de la salud desde el sector público y el Índice de Precios. Considerando la ejecución presupuestaria del Ministerio de Salud se observa que, la variación del presupuesto es mayor a la variación del IPC o inflación anual, en todos los años del periodo, salvo en 2002.

Cuadro 8
Variación Anual de la inflación y del presupuesto del sector Salud (a precios corrientes). Chile 2000-2007

Año	Variación Anual de la inflación y del presupuesto Salud (a precios corrientes)	
	Inflación según IPC	Var. Presup. De salud
2007	4,4%	14,6%
2006	3,4%	17,7%
2005	3,1%	10,3%
2004	1,0%	11,5%
2003	2,8%	4,2%
2002	2,5%	0,9%
2001	3,6%	12,3%
2000	-	-

4. Inversiones como proporción del gasto en salud

En materia de inversión, la clasificación presupuestaria, pasó de una contabilidad de caja a una del tipo devengada, según la metodología sugerida por el Fondo Monetario Internacional (21)⁹.

La tabla siguiente muestra en síntesis la evolución de la inversión de capital en los años 2000-2007.

Cuadro 9
Inversión en salud realizada por el Ministerio de Salud Chile 2000-2007

Año	Ministerio de Salud				
	Inversión Real				
	MM\$ c/año	MM\$ año 2000	MM US \$ 2000	% PIB	Var año ant%
2007	138,798	110,761	205	0.2%	49.4
2006	86,090	74,123	137	0.1%	66.1
2005	50,535	44,622	83	0.1%	75.3
2004	27,818	25,453	47	0.0%	- 8.9
2003	29,812	27,934	52	0.1%	14.7
2002	25,679	24,344	45	0.1%	- 36.2
2001	39,177	38,158	71	0.1%	10.9
2000	34,395	34,395	64	0.1%	

Cabe señalar que producto del deterioro de la infraestructura del sector público de Salud, desde la década de los 90s, y con la intención de recuperar el rol del sector público se ha observado una tasa de crecimiento por sobre los promedios del presupuesto del sector.

5. Gasto de bolsillo como proporción del gasto en salud

Este indicador representa los gastos de los hogares al momento de usar un servicio de salud o de comprar medicamentos. Esto excluye, por cierto, la cotización obligatoria a los seguros e incluso los pagos de seguros complementarios pero incluye los copagos y otros pagos directos¹⁰.

9 La inversión real comprende gastos para formación de capital y compra de activos físicos existentes (Adquisición de Activos no Financieros) y los gastos que deban incurrirse para la ejecución de proyectos de inversión y estudios básicos relacionados con éstos (Iniciativas de Inversión), incluido en este último el componente regional, denominada Inversión Sectorial de asignación regional (los subtítulos 29 y 31 del presupuesto sectorial).

10 El gasto privado incluye los seguros privados. En términos estrictos el pago de una prima privada no tiene el mismo sentido que el gasto de bolsillo. Entonces al disponer de datos fidedignos para reconocer cuánto del gasto de bolsillo de los hogares está cubierto por seguros privados adicionales podría reducirse el gasto de bolsillo propiamente tal como sucede con el sistema de mutuales en Francia.

En el cuadro 1, se presentaron los gastos totales de salud y, asimismo, es posible comparar el valor del gasto de bolsillo con otros gastos privados. Es decir, el gasto privado en salud es un indicador de desprotección pero, entre ellos, el gasto de bolsillo es aún más sensible para los hogares de menores ingresos.

En el caso de Chile, hay un seguro complementario a las aseguradoras privadas (que en tanto voluntario es gasto privado) y que alcanza al 10% promedio del gasto privado en salud y al 4% del gasto total en salud. Pero, además, hay un amplio acceso a seguros privados que están dedicados a cubrir parte de los gastos de bolsillo indicados en el cuadro 1 Según la Superintendencia de Salud (22), la prima de seguros de salud durante 2007 alcanzó los \$119.611 millones, lo que significó un crecimiento de 8,2% con respecto del año anterior, pero representan tan sólo un 0,14% del PIB de ese año.

Cuadro 10
Pago Gasto de Bolsillo de los Hogares en salud
(Chile 2000-2007)

Año	PESOS CORRIENTES	PESOS CONSTANTES DE 2000	DÓLARES CONSTANTES DE 2000	% PIB
2007	2.241.949	1.866.114	3459	2,62
2006	2.034.981	1.800.072	3337	2,61
2005	1.910.562	1.725.736	3199	2,89
2004	1.828.086	1.694.712	3141	3,14
2003	1.692.663	1.584.890	2938	3,31
2002	1.605.220	1.531.698	2839	3,51
2001	1.486.286	1.448.198	2684	3,43
2000	1.351.970	1.351.970	2506	3,35

En efecto, el promedio de los gastos de bolsillo en Chile ha sido de alrededor de 41%; 35% en América Latina y el Caribe y es de 18% en los países de la OCDE.

B) LA EQUIDAD FINANCIERA EN LOS APORTES Y EN LOS GASTOS

Por su parte, la equidad puede entenderse tanto desde la óptica de la utilización de servicios como de los modos de financiamiento. En el primer caso, la equidad consiste en que el acceso a los servicios de salud tenga como única condición las necesidades de salud sin tomar en cuenta situaciones económicas, sociales o étnicas, entre otras. Pero, en general, los estudios sobre equidad –ver la revisión hecha por Wagstaff y Van Doorslaer (23)– se centran en cómo financiar las prestaciones de salud de acuerdo a

las capacidades de pago. Estos autores señalan que la equidad horizontal se expresa si todos los miembros de la sociedad con una misma capacidad de pago contribuyen idénticamente al financiamiento y, habría equidad vertical si, además, se organizan los pagos de acuerdo a las capacidades de pagar tal que los ricos paguen más que los pobres.

El enfoque de equidad, entonces, se centra en los modos de financiamiento y los ingresos personales, mientras que nuestra óptica (la de protección social) tiene un énfasis institucional aunque, se aborda el financiamiento como un componente que puede restringir el acceso a los servicios de salud.

“Como sea, será necesario estudiar si en Chile éstos cumplen con las condiciones básicas de protección social que señala Wagstaff (24): a) que la distribución de los costos de la atención sanitaria no aumente la desigualdad de los ingresos; b) que las familias no gasten en tales atenciones más allá de un porcentaje determinado de sus ingresos (40% es el guarismo de uso común en OPS); c) que los costos de la atención sanitaria no lleven a las familias a la pobreza o a aumentarla; y, conviene agregar un punto d) que no se exacerben diferenciaciones en los estados de salud de los grupos sociales como consecuencia de insuficiencia de ingresos para asumir la atención sanitaria financiada con los gastos de bolsillo” (25).

1. Equidad en las cotizaciones

El sistema de cotizaciones en Chile establece que el 7% de los ingresos imponibles deber ser destinados a la salud y que los trabajadores pueden optar entre el seguro público o las aseguradoras privadas. No obstante, este monto tiene un tope de cotización de 60 Unidades de Fomento (alrededor de 2.000 dólares) lo cual la hace regresiva¹¹.

2. Distribución de los gastos

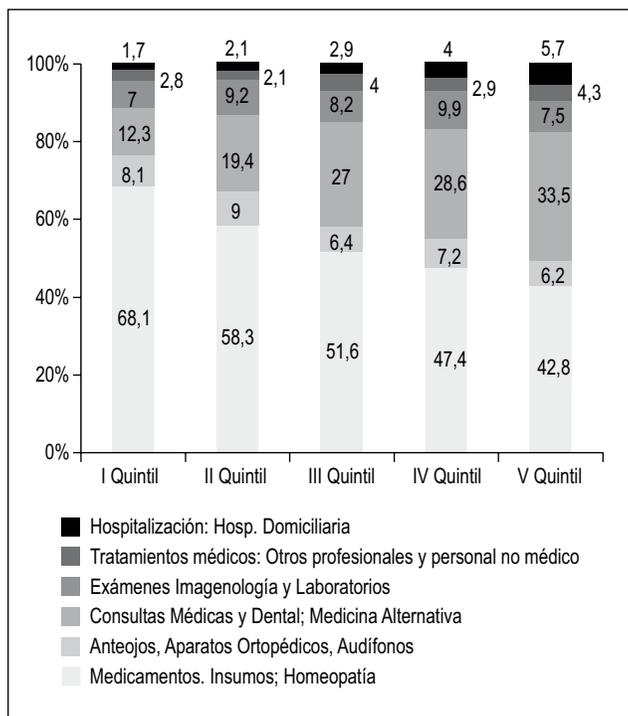
Al analizar la composición del gasto en salud por quintil se revela una regresividad del gasto en medicamentos, en

¹¹ Cabe notar que las indemnizaciones por ausentismo en caso de enfermedad (subsídios por incapacidad laboral o pagos compensatorios por días no trabajados) son asumidos por la seguridad social en salud. Es decir, en caso de enfermedad el reembolso también tiene este tope. Esto explica, quizás, por qué los grupos de mayores ingresos tienen proporciones menores de ausentismo por enfermedad.

que el quintil más pobre de ingresos destina una mayor proporción de recursos a la compra de medicamentos que el quintil de mayores ingresos.

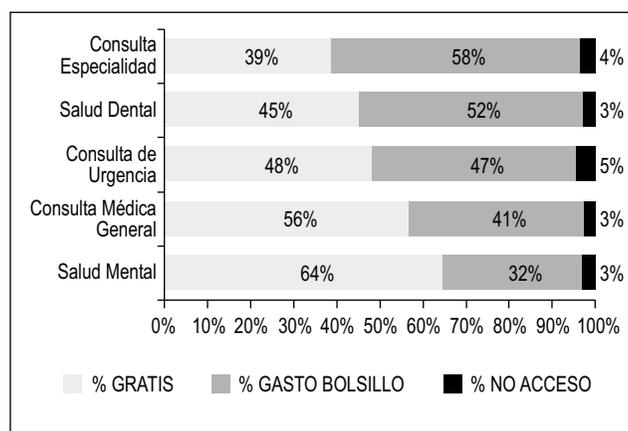
Así, el primer quintil destina un 68% de su gasto en salud a medicamentos y el quintil V destina el 43%. Esto se explica por una escasa cobertura previsional en medicamentos.

Gráfico 1
Composición del gasto de bolsillo en salud por quintil



Fuente: Encuesta Nacional de Satisfacción y Gasto. MINSAL, 2006.

Gráfico 2
Acceso a medicamentos bajo prescripción en atención de morbilidad ambulatoria, según tipo de atención. CASEN 2006.



Por otra parte, el acceso gratuito a los medicamentos bajo prescripción se registra con mayor frecuencia cuando la atención es brindada en la posta rural (81,9%), doce veces más que cuando lo es por un prestador privado, en cuyo caso lo más frecuente es acceder mediante gasto de bolsillo.

Sin considerar los prestadores informales, la mayor frecuencia de restricciones de acceso económico se registran en establecimientos públicos de urgencia (SAPU 5,8%, UEH 4,8%) o de nivel secundario y terciario (hospital 4,3% y centro de especialidades 3,6%). En efecto, esta restricción es 2,5 veces superior en una consulta en SAPU que en una atención por prestador privado.

Cuadro 11
Acceso a medicamentos bajo prescripción en atención de morbilidad ambulatoria, según tipo de prestador. (Chile 2006)

PRESTADOR	% GRATIS	% GASTO BOLSILLO	% NO ACCESO
Posta Rural	81,9%	16,1%	2,0%
Consultorio General	73,6%	23,3%	3,1%
Mutual de Seguridad	71,8%	26,9%	1,3%
Centro Especialidades Público	63,8%	32,6%	3,6%
Hospital público	55,0%	40,7%	4,3%
Farmacia	51,8%	41,2%	7,0%
SAPU	49,4%	44,7%	5,8%
UEH Pública	42,9%	52,3%	4,8%
Medicina Alternativa	35,4%	63,9%	0,7%
Médico homeópata	26,7%	68,6%	4,8%
UEH Privada	15,8%	80,8%	3,4%
Prestador Privado	6,5%	91,2%	2,3%
FFAA	4,0%	95,8%	0,2%
Otro	39,0%	60,0%	1,0%
TOTAL	50,9%	45,7%	3,4%

Fuente: CASEN 2006

De acuerdo a los registros de ventas en farmacias privadas en 2007, el gasto promedio anual de bolsillo que realiza una persona en medicamentos es cercano a los 27 mil pesos.

El perfil de utilización entre grupos de beneficiarios refleja la tendencia a recurrir a prestadores privados para resolver las necesidades de atención de manera creciente en la medida que se cuenta con mayores ingresos. El acceso gratuito a los medicamentos bajo prescripción se da con mayor frecuencia asociado a las atenciones realizadas en posta rural o consultorio general.

El acceso a medicamentos tiene, en todas las modalidades de atención y con todos los tipos de prestador, un componente de gasto de bolsillo, especialmente relevante cuando se trata de atenciones otorgadas por prestadores privados, pero que en el ámbito público se asocia con mayor frecuencia a las atenciones otorgadas por establecimientos de nivel secundario (hospitales o centros de especialidad) y cuando se demanda atención de urgencia.

EPÍLOGO

Se ha pasado revista a los principales indicadores de la macroeconomía de la salud y se han vertido opiniones acerca de cada uno de los tópicos que se han revisado. Esto hace innecesario un capítulo de conclusiones en el sentido tradicional... Es necesario, más bien, que los lectores o actores tomen nota de estos antecedentes para evaluar las políticas que se implementarán en el futuro inmediato.

Las fuentes de financiamiento y el alcance de la cobertura de la protección social de la salud serán, por mucho tiempo, temas centrales del debate de lo que une a la salud y la economía, pero, sobre todo, de lo que le preocupa a la gente.

ANEXO 1: FUENTES DEL CUADRO 1

Aporte fiscal: Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda en www.dipres.cl

Aporte municipal: Subsecretaría de Desarrollo Regional en www.sinim.cl

Fonasa: Boletines Estadísticos en www.fonasa.cl

Mutuales: Boletín Estadístico anual de la Superintendencia de Seguridad Social en www.suseso.cl

Isapres (incluye cotización voluntaria Isapres): estadísticas de la Superintendencia de Isapres, posteriormente de la Superintendencia de Salud en www.sis.cl

Otros directo: Cuentas Nacionales, Banco Central de Chile. En www.bcentral.cl

Para medicamentos: Asilfa y estudios de Minsal.

PIB: Cuentas Nacionales, Banco Central de Chile. En www.bcentral.cl

Tipo de cambio: promedio anual según Banco Central en www.bcentral.cl

Población: estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en www.ine.cl

Referencias

1. OPS/OMS, Resolución CSP26/12 "Ampliación de la Protección Social en materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo". Washington DC., Septiembre 2002.
2. Fondo Nacional de Salud. *La protección social de la salud*. Fonasa, Santiago. 2007.
3. O'Donnell O, Van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. *Analyzing Health equity using household survey data*. World Bank institute, Washington. 2008
4. Wagstaff A. *Measuring Financial Protection in Health*. Policy Research Working Paper 4554. The World Bank. March 2008
5. Urriola R. *Indicadores básicos para medir protección social y equidad*. OPS-Fonasa. 2009 (versión en prensa).
6. Islam M, Ed. *The Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual*. U.S. Agency for International Development in collaboration with Health Systems 20/20, Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project, and Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA: Management Sciences for Health. 2007. available online as PDF file [374p.] at: http://healthsystems2020.org/files/528_file_Manual_Complete.pdf
7. Kutzin J. *Health Financing Policy: a guide for decision-makers*. Paper, Division of Country Health Systems. WHO Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark 2008.
8. Neelam S, Savedoff W, Thirpathi S. *Regulation Private health insurance to Serve the Public Interest*. Policy Issues for Developing Countries. WORLD HEALTH ORGANIZATION.GENEVA. 2005.
9. Cichon M, Newbrander W, Yamabana H, Weber A, Normand Ch, Dror D, Prever A. *Modelling in Health Care finance*. ILO-ISSA, Genève. 1999.
10. Urriola R. *Cuentas de Salud de Chile*. Documento de trabajo. Fonasa, Chile. 2004
11. Minsal. *Estudio Nacional sobre Satisfacción y gasto en salud*. Minsal, Santiago. 2008.
12. Minsal. *Cuenta Satélite de Salud Chile 2003-2007*. Serie estadísticas económicas de salud. Minsal, Santiago. 2009.

13. OCDE. *A System of Health Accounts. Version 1.0, 2000.*
14. American College of Physicians. *Achieving a High-Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries En: Annals of internal medicine, 2008. 148 (1)*
15. OPS CEPAL CSIC *La economía invisible y las desigualdades de género. Washington D.C. OPS 2009*
16. Ginsburg P. *High and rising health care costs: Demystifying U.S. health care spending. Research Synthesis Report No. 16. october 2008.*
17. CEPAL. *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2008. CEPAL, Santiago. 2008.*
18. EUROSTAT-OCDE *Methodological manual on purchasing power parities (PPPs). 2005. http://www.oecd.org/document/3/0,3343,en_2649_34357_37961859_1_1_1_1,00.html*
19. Davidson R. *La necesidad de hacer reformas del sector de la salud orientadas hacia la equidad. Rev Panam Salud Publica vol.11 no.5-6 Washington May/June 2002*
20. Dirección de Presupuestos. *Estadísticas de las Finanzas Públicas 1998-2007. Ministerio de Hacienda, Dipres, Chile. Julio 2008.*
21. FMI. Fondo Monetario Internacional. *Manual de Estadísticas de las Finanzas Públicas- MEFP (2001) En: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/gfs/manual/esl/pdf/all.pdf>*
22. Coppetta C. *El Mercado de los Seguros Complementarios de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud, Santiago Agosto de 2008.*
23. Wagstaff A, Van Doorslaer E. *Equity in health care finance and delivery. In Handbook of Health Economics. Volume I. Edited by A.J. Culyer and J. P. Newhouse. Elsevier Science B. V.; 2000.*
24. Wagstaff A. *Pobreza y desigualdades en el sector salud. Rev Panam Salud Publica. 2002; 11 (5/6): 316-326.*
25. Urriola R. *Chile: protección social de la salud. Rev Panam Salud Pública/Pan Am/ Public Health 20(4), Washington, 2006 (273-286)*