

FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL SECTOR PUBLICO CHILENO, 1993

Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 1, 1996/ 48-56

*Sr. Ricardo Bize**
*Dr. Iván Serra***
*Sr. Eduardo Miranda****

INTRODUCCION

El financiamiento es uno de los factores que determinan la eficiencia operativa y la eficacia en el logro de los objetivos de las instituciones de salud (1, 2). El sector público chileno está organizado como Sistema Nacional de Servicios de Salud desde 1980.

De los 27 Servicios de Salud (S. de S.), 26 otorgan atención directa a las personas pero tienen perfiles muy disímiles. Varían en cuanto a tamaño y características de la población beneficiaria, número y tipo de camas hospitalarias, formas de atención –cerrada o abierta–, ruralidad y otras, lo cual es un factor de desigualdad presupuestaria, haciendo más difícil su estudio analítico (3, 4).

Los Servicios de Salud se financian con las transferencias y con entradas propias, las cuales corresponden a la venta de bienes y servicios.

Las transferencias representan una proporción del orden de 93%. Son, en general, un aporte fijo destinado principalmente al pago de las remuneraciones, que corresponden a un 61% del gasto total de operación. El saldo de las transferencias, del orden del 33%, lo perciben los Servicios de Salud a través del procedimiento de facturación de atención prestada (F.A.P.) y se destinan, en general, a financiar los gastos en bienes y servicios.

Las entradas propias representan una cifra del

orden del 7% y se destinan también, en general, a financiar los gastos en bienes y servicios.

Desde la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952, el nivel central ha ensayado diversos criterios para distribuir el financiamiento hacia la periferia. La variedad es, quizás, consecuencia de lo difícil que es hallar un criterio, o un conjunto de ellos, que dé por resultado una distribución equitativa del financiamiento. Los criterios ensayados son los que se señalan, en los diversos períodos entre 1953 y 1995.

- 1953-1956: Presupuesto por objeto del gasto o criterio histórico. Financiamiento fijo sin relación con la producción de actividades.
- 1957-1964: Presupuesto funcional o criterio de necesidad. Definición de metas de actividades a realizar, por grupos de funciones.
- 1965-1974: Presupuesto por programa o criterio de necesidad. Definición de metas programáticas, utilizando precios administrativos.
- 1975-1977: Presupuesto por objeto del gasto o criterio histórico. Financiamiento fijo sin relación con la producción de actividades.
- 1978-1994: Presupuesto flexible por objeto del gasto, facturación por atención prestada (F.A.P.) o criterio de producción. En este período se han variado los valores monetarios asignados a las prestaciones, cambiando como consecuencia los montos del financiamiento y

* Administrador de Hospital. Profesor Asistente, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

** Médico. Profesor Asistente. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

*** Estadístico y Administrador en Salud. Jefe Departamento de Informática, Hospital José Joaquín Aguirre.

definiéndose un "techo" para encuadrarse dentro del presupuesto asignado.

- 1995: Presupuesto flexible por pago asociado a diagnóstico (P.A.D.) o criterio de producción con valores más reales. Durante 1994 se ha aplicado este criterio en algunos hospitales-piloto. Se ha definido un número reducido de prestaciones, con cálculo de costos directos, esperándose generalizar la aplicación de este procedimiento a contar de 1995.

El objetivo inicial de este estudio fue comparar el financiamiento con el número de camas y otras variables de atención médica en hospitales. Pero, como la información de los presupuestos asignados a cada hospital no está disponible en el nivel central, el análisis se ha realizado considerando cada Servicio de Salud como una sola unidad ejecutora, sin considerar la variable cama hospitalaria. La base ha sido la documentación disponible en los Ministerios de Salud y de Planificación.

MATERIAL Y METODO

La información sobre financiamiento y gastos se obtuvo de los presupuestos oficiales 1993 de los Servicios de Salud (5). Como se trataba de conocer el financiamiento y los gastos de operación, se eliminaron las partidas de entradas y gastos no correspondientes al funcionamiento, o sea, las transferencias y gastos del Programa de Alimentación Complementaria, los subsidios y las inversiones.

Los datos referidos a recursos humanos se obtuvieron del Ministerio de Salud, dotación de personal a marzo de 1994.

Los datos sobre cantidad de beneficiarios por Servicios de Salud se obtuvieron del Ministerio de Planificación Nacional (7).

Se diseñó un modelo para verificar la existencia de asociación entre los aportes financieros y las diferentes variables determinantes del gasto. Para la verificación se han utilizado pruebas estadísticas, considerando las variables en forma individual o aislada, presentando en este estudio las asociaciones del conjunto país.

Para conocer la dispersión presupuestaria entre los Servicios de Salud se analizaron parejas de variables, ordenando los servicios de salud por quintiles. Se trabajó sólo con presupuestos asignados.

RESULTADOS

La composición porcentual de las entradas y gastos de los Servicios de Salud muestra que, en promedio, casi un tercio de los ingresos fueron vía F.A.P. mientras la venta de bienes y servicios no alcanzó al 10%. En los gastos, un 60.5% lo constituyeron las remuneraciones que son transferidas directamente por el nivel central, mientras casi el 40% restante fue operacional (tabla 1).

TABLA 1

Entradas y gastos de operación del presupuesto asignado a los 26 servicios de salud en 1993

	Porcentajes
Entradas	
Transferencias para remuneraciones	60.5
Transferencias F.A.P.	32.7
Venta de bienes y servicios	6.8
Total	100.0
Gastos	
Remuneraciones	60.5
Bienes y servicios	39.5
Total	100.0

El análisis de asociación, utilizando pruebas estadísticas que fueron consistentes entre sí, indica que existe correlación entre las variables. Existe gran disparidad entre los aportes del Fondo Nacional de Salud y la cantidad de beneficiarios en los diferentes Servicios, alcanzándose una diferencia de casi tres veces en el Servicio con máximo aporte, comparado con el de menor aporte (tabla 2).

Las variaciones entre los Servicios de Salud se corroboran al relacionar los aportes presupuestarios a los mismos, agrupándolos siempre por quintiles. Ello permite apreciar una cierta tipología de Servicios de Salud, lo cual puede responder a mayor complejidad, evolución, inercia histórica u otras razones (tabla 3)

Cuando se relacionan los aportes por funcionario (escala jerárquica y asistenciales) se observa que las diferencias entre las agrupaciones de Servicios de Salud son menores, sólo hasta 1,4 veces (tabla 4).

Las diferencias aparecen enormes cuando se considera la distribución presupuestaria por funcionario, incluyendo todas las categorías. El

TABLA 2
Aporte del Fondo Nacional de Salud/Beneficiario
y razones en relación al menor per capita, 1993

Servicio de Salud	FNS/Beneficiario (Miles \$)	Razón
25 Aysén	52.861	2.98
9 Metropolitano Norte	44.825	2.53
6 Valparaíso-San Antonio	41.532	2.34
26 Magallanes	41.346	2.33
12 Metropolitano Oriente	39.511	2.23
2 Iquique	39.244	2.21
11 Metropolitano Central	34.668	1.95
1 Arica	32.578	1.84
18 Concepción-Arauco	32.004	1.80
22 Valdivia	30.887	1.74
13 Metropolitano Sur	29.227	1.65
23 Osorno	28.292	1.60
3 Antofagasta	28.013	1.58
8 San Felipe-Los Andes	26.606	1.50
21 Araucanía	26.538	1.50
7 Viña del Mar-Quillota	25.602	1.44
19 Talcahuano	25.590	1.44
24 Llanquihue-Chiloé-Palena	25.177	1.42
4 Atacama	25.114	1.42
10 Metropolitano Occidente	24.639	1.39
5 Coquimbo	21.705	1.22
16 Maule	21.455	1.21
17 Ñuble	21.181	1.19
20 Bío-Bío	21.120	1.19
15 Lib. Bernardo O'Higgins	20.715	1.17
14 Metropolitano Suroriente	17.734	1.00
Promedio	27.731	

quintil de Servicios con máximo aporte recibe 2,5 veces más, en promedio, que la agrupación con más bajos ingresos (tabla 5).

Lo mismo se observa cuando la correlación se hace entre los gastos por bienes/servicios de consumo o algunos de los mismos y el número de beneficiarios o de funcionarios (dato no mostrado).

También existen variaciones importantes cuando se correlaciona el número de beneficiarios con el número de funcionarios asistenciales (Ley 15.076 y Escalafón), dejando de lado la escala jerárquica (tabla 6).

Al considerar el gasto en farmacia por funcionario Ley 15.076, como el parámetro teóricamente más relacionado con este ítem, se aprecia que este gasto también es bastante variable en los diferentes Servicios de Salud (Tabla 7).

Finalmente se presenta un conjunto de correlaciones entre los ingresos y los gastos, considerando las diferentes variables analizadas en el presente estudio, para el sector público nacional (tabla 8).

DISCUSION

Este estudio es descriptivo, preliminar y ha buscado conocer, básicamente, las relaciones del monto del financiamiento de operación asignado presupuestariamente a los Servicios de Salud y algunas variables importantes del gasto. Estas han sido: número de beneficiarios, número de funcionarios Ley 15.076, número de funcionarios asistenciales (Ley 15.076 y escalafón), número de funcionarios de escala jerárquica, monto de las transferencias, monto de entradas por venta de bienes y servicios, gastos totales en bienes y servicios y gastos en farmacia.

Tiene algunas limitaciones como el hecho de basar el análisis en presupuestos asignados y no ejecutados, además de no incluir inversiones, lo cual podría significar diferencias importantes en determinados casos.

Hay consenso en que eficiencia y eficacia en salud pueden ser mejoradas aumentando la calidad de la atención, reduciendo los costos o reasignando recursos entre los Servicios de Salud. Las dos primeras estrategias significan "hacer mejor las cosas" y la tercera "hacer más y mejores cosas" (8).

Aunque el estudio permitiría algunas conclusiones interesantes en cualquiera de los aspectos fundamentales del abordaje teórico sobre eficiencia y eficacia en salud (9, 10), lo más llamativo es la gran dispersión observada de la asignación presupuestaria, quizás mayor a la esperada. Pero, se debe enfatizar, las diferencias observadas no señalan por sí solas mayor o menor gasto relativo, ya que las mismas pueden tener varias explicaciones. Para conclusiones más definitivas debería trabajarse con presupuestos ejecutados, inclusión de inversiones y con establecimientos hospitalarios, facilitando el análisis de situaciones particulares que pudieran explicar gastos superiores o inferiores a los promedios.

Un análisis diferenciado tendría que considerar, por ejemplo, la situación del Servicio de Salud San Felipe-Los Andes con los hospitales de Putaendo, del Metropolitano Central con la Asistencia Pública, del Metropolitano Oriente con el Instituto de Neurocirugía y Hospital del Tórax, del Metropolitano Suroriente con el Hospital San

TABLA 3
Aporte del FNS (\$) por beneficiario, en Servicios de Salud, ordenados por quintiles. 1993

Servicios de Salud	Quintiles	Aporte FNS/ beneficiario (x)	Razón
Aysén Metropolitano Norte Valparaíso-San Antonio Magallanes Metropolitano Oriente	\$ 52.861 Q. 1 \$ 39.511	\$ 42.388	2.09
Iquique Metropolitano Central Arica Concepción-Arauco Valdivia	\$ 39.244 Q. 2 \$ 30.887	\$ 33.111	1.63
Metropolitano Sur Osorno Antofagasta San Felipe-Los Andes Araucanía Viña del Mar-Quillota	\$ 29.227 Q. 3 \$ 25.602	\$ 27.373	1.35
Talcahuano Llanquil.-Chiloé-Palena Atacama Metropolitano Occidente Coquimbo	\$ 25.590 Q. 4 \$ 21.705	\$ 24.244	1.20
Maule Ñuble Bío-Bío Lib. Bdo. O'Higgins Metropol.-Suroriental	\$ 21.455 Q. 5 \$ 17.734	\$ 20.265	1.00

José de Maipo, del Metropolitano Norte con el Hospital Psiquiátrico y su convenio con el Hospital José Joaquín Aguirre, de Valparaíso-San Antonio con el Hospital del Salvador, de Aysén y Magallanes con el gasto por asignación de zona y varias otras.

Son situaciones especiales que implican mayor gasto global, o alto número relativo de camas o de funcionarios, según el caso, con distorsiones en estos recursos y en su relación con el número de beneficiarios o algunos gastos. Con frecuencia, los grandes hospitales, particularmente metropolitanos, además de entregar docencia y significar una atención médica más compleja, resuelven problemas a una proporción variable de

beneficiarios de otros Servicios de Salud. Por otra parte, algunos Servicios de Salud presentan una realidad psiquiátrica con características propias, la cual está por lo demás en plena evolución.

En consecuencia, se reitera que este análisis es sólo preliminar y no puede ser concluyente en un sentido de mayor o menor eficiencia de determinados Servicios de Salud; sin embargo, muestra evidentemente una distribución presupuestaria no equitativa. Este estudio debería significar un aporte en la materia, al entregar un conjunto de datos básicos que pueden ayudar en el perfeccionamiento de la equidad y constituirse, eventualmente, en punto de partida para un análisis más profundo.

Parecería razonable, a la luz de lo observado

TABLA 4
Aporte del FNS (\$) por funcionario (jerárquico y asistencial), en Servicios de Salud,
ordenados por quintiles. 1993

Servicios de Salud	Quintiles	Aporte FNS/ funcionario (x)	razón
Metropolitano Norte Metropolitano Sur Iquique Metropol. Suroriente Arica	\$ 5.888.757 Q. 1 \$ 4.646.219	\$ 5.204.957	1.41
Magallanes Aysén Viña del Mar-Quillota Araucanía Llanq.-Chiloé-Palena	\$ 4.629.380 Q. 2 \$ 4.243.574	\$ 4.322.971	1.17
Atacama Osorno Metropolitano Oriente Metropolitano Occidente Valdivia Lib. Bdo. O'Higgins	\$ 4.231.739 Q. 3 \$ 4.082.619	\$ 4.156.404	1.13
Coquimbo Bío-Bío Talcahuano Concepción-Arauco Antofagasta	\$ 4.065.328 Q. 4 \$ 3.968.196	\$ 4.004.321	1.09
Ñuble Valparaíso-San Antonio Maule San Felipe-Los Andes Metropolitano Central	\$ 3.934.148 Q. 5 \$ 3.297.064	\$ 3.680.928	1.00

en el presente estudio, proponer el desarrollo e implementación de un presupuesto operacional flexible, como el mejor procedimiento para una distribución financiera equitativa desde el nivel central hacia los niveles locales.

Dicho presupuesto operacional flexible debería ser la expresión de un programa operacional formulado a nivel local, el cual para convertirse en presupuesto deberían aplicársele precios unitarios locales. Cada establecimiento formularía su programa y presupuesto operacionales, con una sanción y consolidación por las Direcciones de los Servicios de Salud, además de la aprobación y consolidación final del Ministerio.

Es natural esperar que la agregación efectuada

por el nivel central supere el "techo" del financiamiento disponible para el sector público de salud. En consecuencia, el Ministerio debería fijar, basado en las prioridades explicitadas en la Política Nacional de Salud, un "techo" a cada Servicio de Salud. A su vez, éstos deberían fijar un "techo" a cada establecimiento de su dependencia, basándose en las políticas de cada Servicio de Salud. Conocido el "techo" de cada establecimiento, éstos deberían reformular los programas para ajustar sus presupuestos al financiamiento disponible, basándose en las particulares prioridades de las políticas locales.

Parecería que, a simple vista, sería más fácil predefinir los "techos" y no recorrer el largo y

TABLA 5
Gastos, bienes y servicios (\$) por funcionario (todo tipo) en Servicios de Salud, ordenados por quintiles. 1993

Servicios de Salud	Quintiles	Gastos, bien y Serv./Funcion. (Todo tipo) (x)	Razón
Metropolitano Norte Metropolitano Sur Metropol. Suroriente Iquique Arica	\$ 3.368.889 Q.1 \$ 2.146.795	\$ 2.586.781	2.5
Metropolitano Oriente Viña del Mar-Quillota Llanq.-Chiloé-Palena Valdivia Coquimbo	\$ 1.870.412 Q. 2 \$ 1.765.289	\$ 1.813.819	1.7
Maule Atacama Metropolitano Occidente Araucanía Osorno Magallanes	\$ 1.752.826 Q. 3 \$ 1.631.671	\$ 1.707.156	1.6
Antofagasta Lib. Bdo. O'Higgins Bío-Bío Concepción-Arauco Talcahuano	\$ 1.599.303 Q. 4 \$ 1.500.235	\$ 1.562.254	1.5
Ñuble Valparaíso-San Antonio San Felipe-Los Andes Aysén Metropolitano Central	\$ 1.492.393 Q. 5 \$ 1.041.423	\$ 1.311.387	1.0

laborioso camino que se ha propuesto. Pero el problema es que si no se procede de esa manera, ¿cómo saber qué actividades habría que disminuir para minimizar el daño que con ello se genera? En cambio, si los establecimientos formulan sus propios programas basados en criterios de necesidad, expresándolos en presupuestos a precios locales, deberían estar en mejores condiciones para enfrentar la tarea de ajustar sus presupuestos al financiamiento disponible, disminuyendo sólo las acciones para las cuales esperan un menor impacto (en la salud de sus beneficiarios). La aplicación del procedimiento propuesto debería significar financiamientos centrales que refle-

jen realmente las disímiles características de cada Servicio de Salud, lográndose una distribución más equitativa de la asignación presupuestaria (8, 11).

REFERENCIAS

1. Abel-Smith B. Health priorities in developing countries: The economist's contribution. In Health Serv. 1972, 2: 5-12.
2. Adizes I. y Zukin P. Un enfoque administrativo de la salud en los países en vías de desarrollo. En "Análisis de las Organizaciones de Salud". Organización Sanitaria Panamericana, Washington D.C., 1989, pp. 136-148.

TABLA 6
Número beneficiarios por funcionario asistencial, en Servicios de Salud, ordenados por quintiles.
1993

Servicios de Salud	Quintiles	Nº Beneficiar./ funcionario Asist. (x)	Razón
Magallanes Metropolitano Oriente Valparaíso-San Antonio Metropolitano Central Aysén	89 Q. 1 116	102	1.0
San Felipe-Los Andes Valdivia Metropolitano Norte Iquique Concepción-Arauco	127 Q. 2 141	133	1.3
Llanq.-Chiloé-Palena Araucanía Talcahuano Osorno Arica Antofagasta	146 Q. 3 173	162	1.6
Maule Atacama Metropolitano Sur Viña del Mar-Quillota Metropolitano Occidente	174 Q. 4 184	178	1.7
Metropol. Suroriente Lib. Bdo. O'Higgins Bío-Bío Coquimbo Ñuble	193 Q. 5 275	215	2.1

3. Rize R. Asignación de recursos financieros a las Regiones de Salud y Sistema de Costos Hospitalarios. En "Desarrollo y Salud en Chile" 2ª parte, Corporación de Promoción Universitaria, Santiago, 1980, pp. 181-207.
4. Castañeda T. El Sistema de Salud Chileno: Organización, funcionamiento y financiamiento. Bol. Of. Sanit. Panam. 1987; 103(6) 544-570.
5. Ministerio de Salud, Chile. Estados de Ejecución Presupuestaria 1993.
6. Ministerio de Salud, Chile. Dotación de personal por escalafones, Marzo 1994.
7. Ministerio de Planificación Nacional, Chile. Población beneficiaria por Servicios de Salud según encuesta CASEN 1993.
8. Nord F. Resource Allocation in Health Care: Economic Principles and Ethical Values. Mimeografiado. Taller sobre productividad en atención médica, OPS, Santiago, octubre 1994.
9. Donabedian A., Wheeler J.R.C. y Wyszewianski L. Quality Cost and Health: an Integrative Model. Med. Care 1982; 20: 975-992.
10. Paganini J.M. Calidad y eficiencia en hospitales. Bol. Of. Sanit. Panam. 1993, 115(6): 482-511.
11. Newbraden W., Barum H. y Kutzin J. Hospital Economics and Financing in Developing Countries. World Health Organization, Ginebra, 1992 (SHS/NAP 922).

TABLA 7

Gastos en farmacia (\$) por funcionario Ley 15.076, en Servicios de Salud, ordenados por quintiles.
1993

Servicios de Salud	Quintiles	Gastos Farmac. función Ley 15.076 (x)	Razón
Osorno Maule Arica Iquique Coquimbo	\$ 5.748.524 Q. 1 \$ 4.047.758	\$ 5.066.670	2.1
Ñuble Lib. Bdo. O'Higgins Antofagasta Valdivia Llanq.-Chiloé-Palena	\$ 3.991.890 Q. 2 \$ 3.691.739	\$ 3.855.888	1.6
Araucanía Magallanes Atacama San Felipe-Los Andes Valparaíso-San Antonio Metropolitano Occidente	\$ 3.608.545 Q. 3 \$ 2.279.308	\$ 3.236.024	1.4
Talcahuano Bío-Bío Metropolitano Sur Metropol. Suroriente Viña del Mar-Quillota	\$ 2.962.184 Q. 4 \$ 1.616.623	\$ 2.731.578	1.1
Metropolitano Oriente Concepción-Arauco Metropolitano Central Metropolitano Norte Aysén	\$ 2.553.449 Q. 5 \$ 1.932.700	\$ 2.393.399	1.0

TABLA 8
Correlación de variables, valores de R y conclusiones estadísticas

Variables	R	Conclusiones
Total transferencias/ Nº Beneficiarios	0.87	El 75% de la variación es explicada por el modelo ($R^2 = 0.75$)
Total transferencias/ Total funcionarios	0.96	El 92% de la variación es explicada por el modelo.
Funcionarios asistenciales/ Funcionarios escala jerárquica	0.83	El 70% de la variación es explicada por el modelo.
Entradas (venta) en Bienes y Servicios/Funcionarios Ley 15.076	0.84	El 71% de la variación es explicada por el modelo
Gastos en Farmacia/ Funcionario Ley 15.076	0.88	El 77% de la variación es explicada por el modelo.
Gastos en Bienes y Servicios/ Gasto total	0.96	El 91% de la variación es explicada por el modelo.
Gastos en Bienes y Servicios/ Total Funcionarios	0.86	El 74% de la variación es explicada por el modelo.
Gastos en Farmacia/ Gasto en Bienes y Servicios	0.84	El 70% de la variación es explicada por el modelo.