

# Evolución del Gasto Público en Salud y lo que el País Debiera Gastar. Chile 2007

## Trends in Public Health Expenditure and How Much the Country Should Spend Chile 2007

Dr. Manuel Ipinza Riveros<sup>1</sup>

### Resumen

---

Se presentan antecedentes históricos acerca del gasto público y del gasto fiscal en salud en Chile y sus fuentes de financiamiento, así como la disposición y distribución de médicos y otros profesionales críticos para la atención de salud, destacando la inequidad creciente en la disposición de ellos en el sistema público y fuera de éste.

Se compara el sistema de atención chileno y el de Costa Rica, para enfatizar el bajo gasto de salud en el sistema de atención chileno y la alta costo-efectividad del mismo.

Se presentan los fundamentos doctrinarios y los antecedentes históricos y políticos recientes, que avalan una propuesta de financiamiento solidario del sistema público de atención y se llama al gobierno actual a que asuma este desafío.

---

*Palabras clave:* Equidad en salud; Solidaridad en el financiamiento; Ética política; Costo-efectividad.

---

### Abstract

---

Information about historical trends and current public health expenditure in Chile, as well as information about current availability and distribution of health manpower, is presented. Inequity in both items is show.

The health systems of Chile ad Costa Rica are compared in terms of cost-effectiveness.

Doctrinary and historical backgrounds of a political proposal, build a national public health system, with solidarity, equity, effectiveness and efficiency in order to.

---

*Key words:* Equity in health; Solidarity in financing; Political ethics; Cost-effectiveness.

---

Recibido el 09 de mayo, 2007. aceptado el 01 de junio de 2007

<sup>1</sup> Pediatra y Especialista en Salud Pública; Profesor Asociado de Salud Pública; Presidente de la Sociedad Chilena de Salubridad.

Email: presidente@sochisal.cl

## ANTECEDENTES GENERALES.

### 1.1 Los Recursos Financieros del Sistema Público en Chile.

El Gasto Público en Salud en Chile, en moneda de cada año, en términos de porcentaje del PIB de cada año, como se observa en la Tabla 1, desciende progresivamente durante el gobierno militar, desde un 4% en el año 1973 hasta llegar a su nivel más bajo, 1,9% en 1989. Ambas cifras son expresión de la importancia que los gobiernos respectivos, en cada una de esas fechas, le concedían al sistema público de salud del país.

Desde 1990 en adelante se produce un progresivo incremento de este gasto, para alcanzar un nivel de alrededor de un 3% en el año 2000, cifra que se ha mantenido prácticamente constante desde esa fecha hasta hoy, lejos del 4% alcanzado en el último año del Gobierno del Presidente Allende.

Otros estudios (1), basados en otras fuentes, muestran cifras diferentes en cuanto a magnitud del gasto público en salud durante el Gobierno de la Unidad Popular. Es así como para el año 1970 este habría alcanzado a un 3,4% del PIB, en 1971 habría sido de un 4,0%, en 1972 de un 4,4% y en 1973 habría caído a un 2,7%.<sup>2</sup>

En todo caso las diferencias señaladas, en modo alguno contravienen el hecho objetivo de la importancia que cada gobierno le ha dado, expresado como magnitud del gasto público, a la atención de salud de la población chilena por el sistema público de atención.

Asimismo llama la atención, que el aporte fiscal propiamente tal, también haya tenido las mismas oscilaciones que el gasto público total, descendiendo desde una cifra de un 2,5% en 1973, a un 0,6% en 1989 y ascendiendo después progresivamente hasta alcanzar un 1,5% en 1993, para después mantenerse prácticamente igual hasta el año 2005.

La Tabla 2 ilustra acerca de cómo se comportaba el financiamiento del presupuesto del Sistema Nacional de Servicios de Salud en el año 2002 (en moneda de ese año), de acuerdo a las 3 partidas más importantes del mismo.

A modo de resumen, ese año el fisco sólo aportó un 45% al presupuesto del sistema público de atención, los trabajadores, con su 7% de cotización para salud, aportaron el 37,5%, y el 17,5 % restante correspondió principalmente a los aportes a la Medicina Curativa de cargo del usuario. En otras palabras, el 55% del gasto público lo financian los trabajadores a través de sus aportes previsionales o por conceptos de copagos.

De acuerdo a la Ley de Presupuesto del año 2007 (2), el aporte previsional del 7% aumentaría a un 43,5% del total, las otras fuentes bajarían a un 7,1% y el aporte fiscal crecería a un 49,5%.

El año 2003, el 38% de los recursos totales en salud que el país disponía se gastaron en el 21% de la población beneficiaria de las Isapre, en cambio el 68% restante se gastó en atender al 79% de la población adscrita al FONASA. (3)

La información anteriormente entregada, permite entender por qué el sistema público de atención chileno continúa adoleciendo de graves déficit en infraestructura (plantas físicas y equipamiento tecnológico de diagnóstico y tratamiento), lo que ha sido reiteradamente puesto de manifiesto en diferentes estudios, incluidos algunos del propio Ministerio de Salud y difundidos por los medios de prensa (4; 5; 6), de insumos, incluidos los medicamentos y sobre todo de dotación de personal, en particular de profesionales altamente

2 Una explicación posible para la diferencia entre el gasto que muestra la tabla 1 y la del estudio citado, para el año 1973, es que en este último caso se calculó sobre el presupuesto real "devengado" ese año y no el proyectado en la ley del presupuesto. Una disminución del gasto es por lo tanto altamente posible, ya que después del golpe militar el gasto en el SNS se redujo de inmediato en forma drástica. De hecho, como lo informó la prensa de la época, el Director General del SNS que asumió después del 11 de septiembre, se vanaglorió de que ese año, por primera vez en la historia de esta institución, el Servicio Nacional de Salud tenía un superávit presupuestario.

calificados. (7; 8) A este déficit de dotación hay que agregar, como otra característica propia del sistema, las bajas remuneraciones del mismo y las deficiencias en las condiciones de trabajo y en el clima laboral en que se desempeñan.

**TABLA 1**

**EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO TOTAL Y DEL APOORTE FISCAL A ESTE, COMO PORCENTAJE DEL PIB, EN MONEDA DE CADA AÑO CHILE 1973 – 2005**

Año	Gasto Público Total Fiscal	Aporte
1973	4,0	2,5
1974	3,2	1,9
1975	3,3	1,6
1976	2,9	1,4
1977	2,8	1,4
1978	2,8	1,4
1979	2,6	1,2
1980	2,6	1,4
1981	2,9	1,5
1982	3,5	1,6
1983	2,9	1,3
1984	2,8	1,2
1985	2,6	1,1
1986	2,4	1,0
1987	2,3	0,9
1988	2,3	0,9
1989	1,9	0,6
1990	2,1	0,9
1991	2,3	1,1
1992	2,5	1,3
1993	2,7	1,5
1994	2,9	1,6
1995	2,8	1,6
1996	2,8	1,6
1997	2,8	1,5
1998	2,9	1,6
1999	3,1	1,7
2000	3,1	1,6
2001	3,0	1,4
2002	3,0	1,6
2003	3,0	1,5
2004	3,3	1,6
2005	2,8	1,5

Fuente: Información elaborada por el autor en base a datos de Boletines Estadísticos de FONASA y Estadísticas del Banco Central.

Nota: El crecimiento porcentual del GPTS entre 2003 y 2004 se explica porque este creció en un 19,3% entre ambos años, en circunstancias, que por el contrario, el crecimiento del PIB entre 2004 y 2005 sólo lo hizo en un 13,4%. A la inversa, el decrecimiento del GPTS como porcentaje del PIB entre 2004 y 2005, se explica porque este creció en sólo un 9,5% y el PIB total lo hizo en un 12,5%.

**TABLA 2**

**GRANDES FUENTES DEL PRESUPUESTO DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD AÑO 2002**  
En miles de \$ de ese año

Denominaciones	Cantidad	% del TOTAL	Como % Del PIB
Transferencias *	496.960.525	37,5	1,1
Aporte Fiscal	596.672.436	45,0	1,4
Otras Fuentes	233.201.648	17,5	0,5
<b>Total Ingresos</b>	<b>1.326.834.009</b>	<b>100</b>	<b>3</b>

\* Esta partida corresponde al 7% de las cotizaciones de sus afiliados.

Fuente: Ley de Presupuestos del Sector Público, Gobierno de Chile, Año 2002.

## 1.2 Algunos Recursos Humanos de que dispone el Sistema Público de Salud.

La Tabla 3 da cuenta de la grave situación del déficit de médicos en el Sistema Público en su conjunto y la Tabla 4 da cuenta de los graves déficits de profesionales en los Consultorios bajo administración municipal (9).

En concordancia con la evolución estacionaria del Gasto Público y del Gasto Fiscal en Salud, como vimos, la tendencia en la dotación de médicos y de otros profesionales en los Consultorios, los Hospitales y demás componentes del Sistema Público, ha sido al estancamiento o al deterioro. En el caso de los médicos, como lo muestra la Tabla 3, el país ha experimentado un crecimiento notable de ellos, debido al aumento de las Escuelas de Medicina y sus cohortes de egresados, así como a la llegada masiva (se estima en alrededor de 1.500) de médicos formados en otros países.

**TABLA 3****NÚMERO DE MÉDICOS Y DE HORAS MÉDICAS SEMANALES EN EL PAÍS, DENTRO DEL SNSS Y FUERA DE ESTE CHILE 1995-1999-2003**

AÑO	Nº DE MÉDICOS	Nº DE HORAS MÉDICAS			% DE HORAS
		TOTAL PAÍS	DENTRO DEL SNSS	FUERA DEL SNSS	
1995	15.334	674.690	353.482	321.208	47,6%
1999	17.479	769.076	361.606	407.470	53,0%
2003	21.563	948.772	355.472	593.300	62,5%
2006	23.934	1.053.096	379.046	674.050	64,0%

Fuente: MINSAL

*Horas médicas fuera del SNSS calculadas por el autor*

Lo que la Tabla 3 muestra con elocuencia, es que este mayor número de médicos, tanto en cifras absolutas como proporcionales, ha incrementado cada vez más el área de los que trabajan fuera del SNSS.

Por otra parte y agravando aún más la situación, del total de 14.274 médicos contratados en el SNSS al 31 de diciembre de 2006, el 51,5% de ellos lo hacía en jornadas inferiores a 22 horas semanales, en contraste, sólo el 19,5% lo hacía en jornadas completas de 44 horas.

El Colegio Médico de Chile (A.G.), en su última Asamblea General Ordinaria realizada en La Serena entre los días 21 al 23 de abril de 2007, en las letras c); d); y e) del punto 6 de sus acuerdos, plantea solicitar al Gobierno una mejora significativa de las remuneraciones de los médicos en el sistema público, un aumento de la dotación de médicos especialistas en cargos de planta y en caso de que en un plazo que la Mesa Directiva considere prudente, facultarla para que decida "movilizaciones gremiales" que apunten a la consecución de dichas reivindicaciones (10)

El año 2003 el país tenía una población total de 15.116.435 habitantes y una población de médicos ascendente a 21.563, lo que da una razón de 142,6 médicos por 100.000 habitantes. El año 2006 la población total ascendía a 16.432.674 y la

de médicos a 23.934, lo que daba una relación de 145,7 médicos por 100.000 habitantes.

El año 2003 la población beneficiaria del SNSS era de 10.327.216 personas y la dotación de médicos equivalentes a jornadas semanales de 44 horas en el SNSS, ascendía a 8.610 médicos, lo que da una razón de 83,4 médicos por 100.000 beneficiarios. En el año 2006 dado el aumento de la población beneficiaria con respecto al año 2003, la razón de médicos descendió a 75 por 100.000 beneficiarios.

La población beneficiaria del SNSS, en los últimos años ha correspondido a alrededor del 82 % de la población total del país, en tanto, la dotación de médicos, equivalente a jornadas semanales de 44 horas, sólo asciende al 39% del total de médicos.

Como se puede deducir de los datos estadísticos mencionados anteriormente, la inequidad en la distribución de médicos en Chile es evidente y creciente. Este hecho es inadmisibles desde el punto de vista técnico, pero por sobre todo, lo es desde una perspectiva ética.

Cabe destacar adicionalmente, que del total de 14.274 médicos contratados en el SNSS al 31 de diciembre de 2007, el 52% lo hacía en jornadas inferiores a la 24 horas semanales y sólo el 19,5% en jornadas completas de 48 horas.

El déficit de otros recursos humanos destinados a la atención de salud de la mayoría de la población chilena, en particular de los más pobres, es una constante, como lo demuestra la tabla 4.

**TABLA 4**

**DISPONIBILIDAD Y NECESIDAD DE ALGUNOS  
PROFESIONALES DE SALUD EN LOS  
ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL PRIMARIO DE  
ATENCIÓN BAJO ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL  
EXPRESADOS EN JORNADAS SEMANALES DE 44  
HORAS CHILE – OCTUBRE DE 2002**

Profesionales	Cantidad Disponible	Cantidad Necesaria	Déficit Absoluto	Déficit En %
Médicos	1.428	2.911	1.483	50,9
Odontólogos	909	1.742	833	47,8
Enfermeras	1.232	2.228	996	44,7
Matronas	1.153	1.853	700	37,8
Nutricionistas	600	1.059	459	43,3
Asistentes Soc.	512	1.054	447	42,1
Psicólogos	193	882	685	77,7
Kinesiólogos	244	971	727	74,9

*Fuente: Elaboración del autor con datos del MINSAL acerca de población inscrita, de dotaciones de personal y de estándares de personal necesario. (MINSAL 2002)*

Todo lo anteriormente descrito es causa de que el sistema público de atención, en su conjunto, esté hoy sometido a un severo y grave estado de tensión crónica, la que periódicamente hace crisis agudas, que son motivo de alarma pública y de escándalo noticioso en los medios, particularmente cuando afectan a las Unidades de Emergencia de los grandes hospitales urbanos. (11)

Por otra parte, algunos indicadores de salud y de atención de salud que han distinguido la efectividad del sistema de atención chileno, empiezan a mostrar preocupantes signos de estancamiento o deterioro. (12)

### **3.3 Una comparación del gasto en salud con un referente válido.**

Para dar una visión acerca del bajo gasto público de salud en Chile, expresado en los graves déficits de recursos disponibles y por el contrario, sus notables logros en salud y atención de salud de su población, se muestra algunos indicadores de Chile y de Costa Rica. La elección de Costa Rica se justifica por ser un país Latinoamericano de características

demográficas, epidemiológicas y económico sociales parecidas a las de nuestro país.

Costa Rica tiene un Servicio Nacional de Salud de cobertura universal, financiado, al igual que el SNSS chileno, con aportes de cotizaciones de los trabajadores y demás afiliados a él, y un aporte fiscal proveniente del presupuesto de la nación .

El PIB per cápita del año 2004, en dólares internacionales, fue de US\$ 9.530 en Costa Rica y de US\$ 12.500 en Chile (13)..

El gasto total en salud de Costa Rica en 2001, ascendió a un 7,4% del PIB, y el gasto público equivalió a un 71% de este gasto total, es decir, ascendió a un 5,3% del PIB de ese año (14).

La Expectativa de Vida al Nacer de las mujeres el año 2004, ascendió a 81 años en Chile y a 80 años en Costa Rica. La tasa de Mortalidad Infantil, el mismo año, fue de 8,0 por 1.000 N.V. en Chile y de 11,0 en Costa Rica. La razón de Mortalidad Materna, por 100.000 N.V. en el año 2000, ascendió a 30 en Chile y a 25 en Costa Rica (13).

Finalmente, la cobertura de DPT3 en 2004 alcanzó a un 94% en Chile y a un 90% en Costa Rica y la cobertura de Atención Profesional del Parto fue de 100% en Chile y 98% en Costa Rica (13).

### **3.4 Algunas conclusiones de esta comparación.**

Costa Rica gasta en su sistema público de atención un 80% más que Chile, como porcentaje del PIB. Cabe destacar que Costa Rica, al igual que Chile, es un país en vías de desarrollo, pero su PIB per cápita es inferior en un 24%.

Sus resultados sanitarios, para su nivel de desarrollo son muy satisfactorios, sin embargo, con un mayor gasto total y público en salud, ellos son inferiores a los logros chilenos.

En otras palabras, en términos de costo-efectividad, el sistema público chileno se sitúa entre los más exitosos del mundo. La comparación con otros países, incluidos los más desarrollados, así lo confirman. A modo de ejemplo, Estados Unidos, con un gasto en salud de alrededor del 15 % de su PIB total, equivalente a un gasto per cápita de US\$ 5.635, tiene una expectativa de vida promedio de 77 años, igual a la de Chile.

Otros ejemplos que respaldan la afirmación anterior los dan algunos países europeos desarrollados. El gasto total de Suecia en salud en el año 2001 fue de un 8,7% del PIB y el 85,3% de ese gasto fue público; Francia, el mismo año, gastó un 9,6% del PIB y el gasto público ascendió al 76% del total; Alemania gastó un 10,8% del PIB con un gasto público de un 74,9% del total; finalmente, el Reino Unido tuvo un gasto total en salud que ascendió a un 7,8% del PIB y el gasto público fue un 82,2% de ese total. (15)

¿Cómo se explica este milagro? ¿Cómo con tan poco gasto se obtienen tan buenos resultados?

Con compromiso, vocación de servicio y competencias profesionales de sus trabajadores, que con bajas remuneraciones subsidian al sistema. **Esto es compromiso ÉTICO.** Todos los demás recursos que el sistema público requiere, tanto de inversión como de operación, el estado chileno debe pagarlos a precios de mercado. A ellos no los subsidia nadie.

Para tener un sistema público de la más alta calidad humana y técnica, que con equidad le preste servicios de salud a la inmensa mayoría de nuestra población, especialmente los más necesitados, se requiere hacer las inversiones en infraestructura que faltan, financiar en forma suficiente los materiales, equipos e insumos requeridos y por sobre todo, resolver las brechas de dotación de personal, en cantidad, tipo y calidad, y remunerarlos adecuadamente de acuerdo al alto valor social que tiene el trabajo en salud.

Lo anterior significa llevar el gasto público a un 6 o un 6,5 % del PIB, en forma progresiva, a través de un financiamiento solidario como lo han planteado todos los partidos y gobiernos de la Concertación, sin que ello se haya cumplido. En otras palabras, que el Estado chileno, con efectividad, equidad, eficiencia y ética, enfrente y solucione la situación descrita en este documento. ¿Es esto posible técnica y políticamente? Lo veremos a continuación.

## 2.- ¿COMO LOGRAR UN FINANCIAMIENTO SUFICIENTE Y SOLIDARIO PARA TENER UN SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN DE SALUD DE LA MÁS ALTA CALIDAD Y DE COBERTURA POBLACIONAL MÁXIMA? EL DESAFÍO PENDIENTE DE LOS GOBIERNOS DE LA CONCERTACIÓN

En el año 1992, por encargo de la Mesa Directiva Nacional del Colegio Médico de Chile, se propuso "...un método para estimar el costo de dar atención de salud con cobertura, calidad y eficacia adecuadas a la mayoría de la población de Chile." (16).

El método empleado consistió básicamente en conocer la situación del gasto en salud del año en estudio, a partir de la información disponible de remuneraciones y de otros costos operacionales de todos los componentes del sistema público y luego ajustar dichos costos de acuerdo a la política nacional de salud formulada por el gobierno de la época, para dar cobertura de atención integral por parte del SNSS al 80% de los chilenos, con una dotación de personal y demás recursos suficientes en cantidad y calidad y con una mejoría significativa del nivel de remuneraciones de los trabajadores del sector.

La aplicación de dicho método llevó a la conclusión de que un gasto total aproximado al 4,5% del PIB de esa fecha, sería suficiente para financiar la atención anteriormente mencionada.

En 1996, nuevamente por petición del Colegio Médico, se repitió el estudio aplicando la misma

metodología y los resultados fueron prácticamente iguales (17).

Ambos estudios han sido la base de las propuestas que mencionamos a continuación.

La respuesta al desafío de cómo financiar solidariamente el gasto en salud necesario, ha sido formulada por los propios Partidos Políticos de la Concertación a lo largo de sus 16 años de gobierno. También fue asumida por el Programa de Salud de la candidatura presidencial de Ricardo Lagos y en parte, al menos, en los Mensajes Presidenciales al Congreso Pleno del mismo, ya en su calidad de Presidente de la República.

También hubo propuestas en el mismo sentido por parte de otras organizaciones, en particular del Colegio Médico de Chile, que basado en los estudios anteriormente referidos elaboró la primera propuesta (16), la que fuera de inmediato apoyada por otros Colegios profesionales y organizaciones de trabajadores de salud.

No obstante lo anterior, han pasado 16 años y a pesar de aumentos importantes en cifras absolutas en moneda constante del presupuesto del sistema público, en términos de gasto público en salud y aporte fiscal al mismo, mirado como porcentaje del PIB, el gasto se mantiene prácticamente constante en los últimos 40 años. Esta situación coloca a Chile a una gran distancia de lo que acontece en los países capitalistas desarrollados de Europa y también de países latinoamericanos de parecido nivel de desarrollo.

Por lo tanto, lo que falta, es decisión política para llevar a la práctica las propuestas consensuadas, como una contribución más a posibilitar esta decisión, se debe replantear la propuesta elaborada en diciembre de 2004, la que en su momento no tuviera mayor repercusión en la reapertura del debate.

Si esta vez se manifiesta una decisión política que de respuesta al encabezamiento de este documento, dado el alentador hecho político que representa el

importante crecimiento del presupuesto del sistema público de atención para el año 2007 y el muy buen estado de la economía del país, ello ameritará hacer los cálculos, que con información reciente, permitan actualizar la propuesta.

### **3.- PROPUESTA PARA REPONER UN FONDO UNIVERSAL SOLIDARIO DE SALUD**

#### **3.1 Fundamentos**

Ante el hecho definitivo de que el día 10 de agosto de 2004, la Cámara de Diputados de la República terminara de aprobar el Proyecto de Ley del "Régimen de Garantías Explícitas en Salud", sin un Fondo de Compensación Solidario, y las reiteradas expresiones anteriores y posteriores a este hecho por parte del gobierno de la época, de parlamentarios y dirigentes de los partidos de la Concertación, de establecer en el contexto de la Reforma de Salud un Fondo Universal que fuera expresión concreta de dos de los principios fundamentales de ella, la solidaridad y la equidad, y con el aval de todos los antecedentes políticos y técnicos que se menciona a continuación, se sugiere al Supremo Gobierno reponga ante el Parlamento un "Fondo Universal Solidario de Salud".

#### **3.2 Antecedentes**

La idea de un Fondo Universal Solidario de Salud (FUSS) es de larga data en los primeros 14 años de gobiernos de la Concertación.

En diciembre de 1998 y recogiendo el sentir no sólo de sus propios representados, sino que además el de otros profesionales y trabajadores de la salud, de dirigentes políticos, sindicales y sociales, el Colegio Médico de Chile (A.G.) hizo una propuesta al respecto (18).

Se le denominó "Fondo Nacional Solidario de Salud", su objetivo era aportar un financiamiento suficiente al Sistema Público de Atención de Salud, para que éste pudiera ofrecerle a todos los residentes en el país una Atención Integral de

Salud y las fuentes de financiamiento propuestas eran las siguientes:

- a) Las dos principales fuentes continuarían siendo el aporte fiscal, el que debería crecer desde un 1,6% del PIB a esa fecha, a un 3,5% en un mediano plazo, y la cotización del 7% de las remuneraciones de los afiliados al sistema público.
- b) A esos recursos se agregaría, como otra fuente significativa, el aporte parcial de las cotizaciones de los afiliados a las Isapre, equivalente a un 3% de los salarios.
- c) Otros aportes de menor significación pero igualmente importantes serían:
  - Aportes de otros organismos financiados con cotizaciones para la salud (mutuales).
  - Impuestos marcados que tengan un efecto de promoción de la salud; Ej.: tabaco, alcohol, automóviles.
  - Presupuestos regionales y municipales.
  - Pago de prestaciones al sector público por parte de los seguros privados, mutuales, particulares o beneficiarios.
  - Reducción de gastos de seguridad social monetaria imputados al sector (Fondo Único de Prestaciones Familiares).
  - Ahorros dentro del sector.

En agosto de 1998, el Partido Socialista de Chile, en una declaración pública señalaba que: “Los socialistas impulsamos (...) la creación de un Fondo Universal Solidario, financiado con los aportes de todos, incluidos los más ricos...” (19).

En un documento de la Comisión de Salud de la Concertación, del año 1999, se decía: “Crearemos un Fondo Universal Solidario, a través del aporte del Estado y de las personas en el financiamiento de la salud, que garantice la obligación social de asegurar el derecho a la atención de salud a todos los ciudadanos, sin importar su capacidad de pago.”, y más adelante precisaba que: “Este programa (de atención de salud) puede financiarse con un porcentaje de la cotización existente y aporte fiscal.” (20).

En noviembre de 1999, en vísperas de la primera vuelta de la elección presidencial, en un acto público realizado en el hospital Barros Luco–Trudeau, el entonces candidato presidencial de la Concertación, Sr. Ricardo Lagos Escobar, suscribió un “Acuerdo” con los trabajadores de la salud del sistema público, que en su punto 4 decía a la letra; “El futuro Gobierno se compromete a incrementar progresivamente y en forma económicamente sustentable el aporte fiscal al presupuesto del sector público de salud, en conformidad con el principio de solidaridad, hasta llegar en el mediano-largo plazo a la creación del **Fondo Universal Solidario de Salud.**”<sup>3</sup> (21).

El 19 de diciembre del mismo año el Partido Demócrata Cristiano emitía un voto político que sobre el tema planteaba: “Estamos comprometidos en superar las actuales limitaciones de equidad, acceso y calidad en salud. Aspiramos a un sistema más cercano a las personas, orientado a prevenir tanto como a curar, con solidaridad total en el financiamiento...” (22).

En el mismo documento, en su última página, al referirse a “**Un financiamiento justo**”<sup>4</sup> se dice que: “Para dar seguridad a todas las personas, asegurando al mismo tiempo la equidad, se propone aumentar paulatinamente el gasto en salud hasta llegar a un 7-8% del PIB; para así financiar plenamente los objetivos de salud del país y disminuir el elevado gasto privado de las personas, que es lo que da cuenta del actual grado de desprotección que éstas sienten.”. Agregaba más adelante, en el mismo párrafo: “...los objetivos de salud requieren de un Fondo Universal Solidario...”, y finalmente señalaba que “El Estado –como garante del bien común– (...) a través de su función reguladora, impedirá todo tipo de subsidio del sistema público al privado –o portabilidad de aporte fiscal según demanda ante seguros privados–; con el fin de evitar puedan aumentar las actuales brechas de equidad y se pierda efectividad social de los recursos que el Estado y las personas disponen.”.

3 Las negritas son del documento original.

4 Las negritas son del documento original.

En enero de 2001 el Partido por la Democracia reafirma su apoyo al compromiso del Presidente Lagos de "...crear un Fondo Universal Solidario de Salud (FUSS), cuyas dos fuentes fundamentales de financiamiento estarían constituidas por el aporte fiscal y por las cotizaciones. Estas serían proporcionales a los ingresos de todas las personas que los posean." (23).

Más adelante, en el mismo documento, en el punto 2.7 de la propuesta propiamente tal del PPD, se dice a la letra que: "Las dos fuentes principales de financiamiento del FUS serán las cotizaciones de todas las personas que tengan algún tipo de ingresos, del orden del 7% de ellos y el aporte fiscal. Este deberá incrementarse en un 0,4% del PIB en el año 2002 y luego continuar incrementándose anualmente en un 0,3% del PIB hasta llegar a ser aproximadamente un 3% de él, lo que sumado al aporte de las cotizaciones totales (de cotizantes de FONASA y de las ISAPRE, estos últimos a partir del año 2003), que se elevarían a alrededor del 2,8% del PIB, conformarían una cantidad suficiente para financiar el sistema de atención público de salud que queremos."

En el mismo mes de ese año, el Partido Socialista reiteraba en un voto político su apoyo a: "Más Solidaridad en el Financiamiento" y al respecto planteaba la necesidad de "...crear un Fondo Único Solidario de Salud. Los sectores de mayores ingresos deben aportar al financiamiento de una salud digna para todos y durante toda la vida. Este fondo debe reunir la cotización obligatoria de todos los chilenos más un aporte estatal." Y a renglón seguido decía que: "Las actuales Isapre deben reestructurarse en un sistema de seguros complementarios a fin de satisfacer las necesidades de salud de aquellos chilenos que estén en condiciones de financiarlos durante todo su ciclo vital." (24).

Ese mismo mes, en un documento de trabajo, la Democracia Cristiana hacía una propuesta para la creación de un "Fondo Solidario Total sin Portabilidad", con dos alternativas: La primera sin

ajuste de riesgo; y la segunda con ajuste de riesgo (25).

La propuesta, asimismo, consideraba 4 escenarios posibles. Los autores se inclinaban por proponer el escenario 3, de un Fondo Solidario sólo para los cotizantes de FONASA e Isapre y con ajuste de riesgo. Con esta alternativa FONASA, sumando cotizaciones más aporte fiscal sólo para sus beneficiarios, quedaría con un 73,9% de los afiliados y con el 75,2% de los recursos financieros.<sup>5</sup>

En su segundo Mensaje al Congreso Pleno del 21 de mayo de 2001, el Presidente Ricardo Lagos recogía la idea de un Fondo Solidario y planteaba que: "Crearemos las condiciones para pasar en los próximos años a una nueva etapa de la reforma, **profundizando la equidad y la solidaridad** del sistema. Para ello crearemos un **Fondo Solidario** que se constituirá con un aporte fiscal y **un 3 por ciento de las cotizaciones** (...). Necesitamos solidaridad, apoyos mutuos para el bienestar de todos."<sup>6</sup>

### 3.3 Propuesta para una atención integral.

La propuesta de un financiamiento solidario tiene por propósito alcanzar un monto suficiente para otorgar una Atención Integral de Salud a la mayoría de los residentes en Chile, que opten por atenderse en el Sistema Público de Atención.

Como se puede colegir de los antecedentes señalados en este capítulo, hay varios principios y criterios que eran compartidos por todas las organizaciones citadas, como asimismo por el candidato y luego Presidente de la República, Sr. Ricardo Lagos Escobar.

El primer principio es que hay que incorporar solidaridad en el sistema de atención de salud

<sup>5</sup> Para una mejor comprensión de la propuesta, se recomienda consultar el documento: "Análisis de la Propuesta. Una Reforma de la Salud para un País de Personas Saludables" del Partido Demócrata Cristiano, elaborado por la Unidad de Estudios del Colegio Médico de Chile, en diciembre de 2000.

<sup>6</sup> Las negritas están en el documento original.

chileno y ello se logra a través del financiamiento del mismo, donde se den cumplimiento a los tres grandes criterios clásicos de la seguridad social, esto es que:

- La solidaridad vaya de los más ricos hacia los más pobres,
- de los más jóvenes hacia los más viejos, y
- en el caso de salud, de lo sanos hacia los enfermos, a través de la contribución de cada cual a un Fondo Universal Solidario de Salud.

El segundo principio es el de la equidad, que persigue los objetivos de privilegiar a los que más lo necesitan y disminuir en todo lo posible las desigualdades evitables en el estado de salud de la población. Este principio está también vinculado al financiamiento del sistema, en la medida que la asignación per-cápita del Fondo Universal Solidario de Salud que se constituya, se corrija por edad, sexo, ingresos y estado de salud de las personas beneficiarias.

Los aportes al Fondo deben ser de tal magnitud, que permitan financiar suficientemente el sistema público de atención para que este pueda ofrecer a todos los ciudadanos una atención integral de salud, oportuna, efectiva y respetuosa de la dignidad humana.

Los recursos deben administrarse con la mayor eficiencia posible y ello significa no malgastarlos en actividades administrativas y de mercadeo innecesarias y en lucro inaceptable.

Las fuentes de financiamiento, además de cumplir con los criterios de la seguridad social antes señalados, deben ser claramente identificables, aportar recursos significativos y ser de fácil y eficaz captación y administración.

En consecuencia con lo anteriormente dicho, se propone, en la línea de lo que fue la propuesta del Partido Demócrata Cristiano de diciembre de 2000, constituir un gran **Fondo Universal Solidario de Salud – FUSS**, con el aporte de todas las cotizaciones de los afiliados al FONASA, a las

Isapre abiertas y cerradas y un 7% de los ingresos de las personas que no cotizan en ningún sistema previsional de salud y que pagan Impuesto Global Complementario. En la tabla siguiente y a modo ilustrativo, con cifras del año 2004, se detallan las cifras aproximadas pertinentes, con base a la información estadística disponible a la fecha.

**TABLA 5:**

**ESTIMACIÓN DE BENEFICIARIOS Y  
COTIZACIONES PARA CONSTITUIR UN FONDO  
UNIVERSAL SOLIDARIO DE SALUD  
CHILE 2004**

Institución	Cotizaciones (En Miles De \$)	Beneficiarios	% Del Total De Beneficiarios
FONASA	\$ 553.080.179*	10.000.000	65,4%
ISAPRE	\$ 549.0007**	2.730.000**	17,8%
Independientes	\$ 154.608***	1.800.000***	11,8%
Total	\$ 1.256.695	14.530.000	95,0%

\* Fuente: Ley de Presupuesto año 2004.

\*\* Superintendencia de Isapre, diciembre 2003

\*\*\* Estimado en base a cifras de documento D.C., diciembre 2000.

En conformidad con las cifras de la tabla, como resultado de dividir el monto total de cotizaciones que ascienden a la suma de 1 billón, 256 mil millones, 695 mil pesos, por el número total de beneficiarios potenciales (que excluye al 5% de la población adscrita a los sistemas de salud de las FFAA. y de Orden), se obtiene una cotización promedio por beneficiario de \$ 86.490.

Esta cotización promedio debe ser corregida por edad, sexo, ingresos y estado de salud de cada beneficiario para incorporar el principio de equidad.

**Todas aquellas personas cuya cotización real, como beneficiario, esté por encima de la cotización promedio, podrán optar a afiliarse a una Isapre. Las que no cumplan con este criterio deberán permanecer o trasladarse al Sistema Público de Atención de Salud.**

En las estimaciones realizadas por la Democracia Cristiana en diciembre de 2000, el FONASA cubriría al 74,9% de los chilenos y administraría el 74,5% del FUS y las Isapre tendrían como beneficiarios

al 25,1% de los chilenos y administrarían el 24,5% del FUS.

¿Será posible que el actual Gobierno y los partidos políticos que lo sustentan asuman este desafío de equidad y de ética?

## Referencias

- 1) Sepúlveda Álvarez C., *The right to Health: the development of PHC in Chile and Thailand* (66p.) Innocenti Occasional papers. CRS N° 7. 1994. UNICEF International Children Center, Florence, Italy.
- 2) [http://www.fonasa.cl/prontus\\_fonasa/site/artic/20070125/asocfile/programa\\_02\\_fonasa.XLS](http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20070125/asocfile/programa_02_fonasa.XLS)
- 3) Cid C., Muñoz A., Riesco X., Inostroza M. (2006) *Equidad en el Financiamiento de la salud y Protección Financiera en Chile. Una Descripción General. Cuad. Med. Soc.* 46 (1):5-12
- 4) *El Mercurio*, 30 de julio de 2006, C7
- 5) *El Mercurio*, 31 de julio de 2006, C7
- 6) *El Mercurio*, 1 de agosto de 2006, A2
- 7) Ipinza M. (1999) *Los Médicos en Chile Hoy. Su Desigual Distribución Territorial y por Subsistemas de Atención. Cuad. Med. Soc.* XL (2): 15-24
- 8) *El Mercurio*, 30 de julio de 2006, C4
- 9) <http://www.colegiomedico.cl/Noticias/NoticiasDestacadas/tabid/64/mid/1277/dnnprintmo>
- 10) Ipinza M. (2004) *Como Solucionar el Déficit de Médicos en los Consultorios Urbanos Municipalizados. Cuad. Med. Soc.* 44 (2): 73-80
- 11) Ipinza M. (2006) *Estudio de la Red Pública de Urgencia de la Región Metropolitana. Cuad. Med. Soc.* 45 (3): 199-216
- 12) Ipinza M. (2006) *Tendencias Recientes en Salud y en Atención de Salud en Chile. 1989-2005. Cuad. Med. Soc.* 46 (2): 111-120
- 13) World Health Organization. *World Health Statistics 2006*
- 14) *Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Organización Panamericana de la Salud (2004), Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica.*
- 15) WHO, *World Health Report 2004.*
- 16) Montoya C., Ipinza M., Palma R., Reyes M. (1993) *Estimación del Costo Global de la Atención de salud Necesaria para la Población de Chile. Cuad. Med. Soc.* XXXIV (2): 48-55
- 17) Ipinza M. (1996) *Breve Análisis de los Resultados del Estudio. Documento Interno del Colegio Médico de Chile (A.G.) (mimeo)*
- 18) *Colegio Médico de Chile (A.G.), Política de Salud para Chile. Nuestra Visión. Diciembre de 1998.*
- 19) *Partido Socialista de Chile. Declaración Pública sobre propuestas en salud. Santiago 6 de agosto de 1998.*
- 20) *Comisión de Salud de la Concertación de Partidos por la Democracia, Informe Final de la Comisión de Salud a la Macro Comisión Social. Santiago de Chile, s/f.*
- 21) *Acuerdo entre Ricardo Lagos Escobar, candidato a la Presidencia de Chile y los trabajadores del Sistema Público de Atención de Salud. Santiago de Chile, noviembre de 1999.*
- 22) *Partido Demócrata Cristiano. "Una reforma de la salud para un país de personas saludables". Voto Político Salud, Santiago de Chile, 19 de diciembre de 2000.*
- 23) *Partido por la Democracia. La Reforma Integral del Sector Salud Chileno. La propuesta del Partido por la Democracia. Santiago de Chile, enero de 2001.*
- 24) *Partido Socialista. Salud: Una Reforma Social Solidaria para Chile. Voto Político XXVI Congreso General del Partido Socialista. Enero-2001.*
- 25) *Partido Demócrata Cristiano. Financiamiento y Fondo Solidario. Comisión Político Técnica de Salud PDC, (borrador de trabajo), enero, 2001.*