

INVERSION EN SALUD: UN DEBATE NECESARIO

Dr. Jorge Sánchez Vega

Cuad. Méd.-Soc., XXXII, 3, 1991/ 37-43

Para situar el contexto en que se realizarían las prometidas inversiones en el sector salud nos parece importante examinar algunos aspectos financieros del sector que inciden fuertemente en el deterioro hospitalario. Analizaremos la evolución del gasto global, de las inversiones y el gasto en Bienes y Servicios de Consumo.

1.- LOS APORTES ESTATALES

Conocer la situación financiera del sector público en salud exige conocer varios indicadores de interpretación no siempre fácil. El más conocido es sin duda el gasto público en salud, que incluye principalmente el aporte del Estado (Gasto Fiscal), los aportes previsionales y el pago directo de los usuarios. Es evidente que cifras semejantes del gasto público en salud pueden obtenerse mediante proporciones diferentes entre estos tres componentes. Así, la reducción del aporte del Estado puede ser compensada por un aumento de las cotizaciones previsionales y/o del pago directo del usuario. La política social que inspire a un gobierno se reflejará en su propensión a variar uno u otro de esos componentes.

Una de las grandes tradiciones de Chile era concebir la salud como un derecho esencial, siendo responsabilidad del Estado garantizarlo. De allí entonces que los diversos gobiernos democráticos consideraron los aportes estatales a salud como un aspecto fundamental de las políticas gubernamentales. Esto se materializó en cada administración a través de un aporte fiscal significativo en salud.

En efecto, en el período 60-64 el gasto per capita fue de 26,08 dólares americanos de 1976, aumentando sucesivamente a 27,80 (en 1964-1970) y luego a 36,16 (1970-1973). Durante los mismos años (1964- 1973) el aumento del gasto en salud fue relativamente en paralelo con la evolución del Producto Geográfico Bruto.

El régimen militar modificará drásticamente esta situación:

- no garantiza el derecho a la salud sino el derecho a elegir el sistema de atención sanitaria,
- sube las cotizaciones previsionales que pasaron del 4 al 7%,
- aumenta el aporte del usuario,
- reduce el aporte fiscal.

Este proceso se realizó en varias etapas que incluyó la promulgación de una nueva constitución en 1981, pero que comenzó desde 1974 con una reducción del gasto en salud, bajando las cifras históricas arriba indicadas a US\$ 23,90 per capita (1974-1975).

Si se toma como base el año 1974 (100%), se constata que el aporte Fiscal en salud descendió al 60,2% en 1988.

El gasto en salud se puede también evaluar observando el porcentaje del Producto Geográfico Bruto dedicado al sector salud, que en 1974 representó el 1,56% y se redujo a 0,86% en 1988.

Por otra parte, si se adiciona lo que el régimen militar dejó de aportar al sector salud entre los años 1975-1985 obtenemos la suma de 714 millones de dólares.

En contrapartida a esta deuda en salud, tenemos

un formidable aumento en los gastos militares como lo demuestran diversas fuentes.

Entre los años 1974 y 1985 el gasto militar subió de 494 (1974) a 1.402 millones de dólares (1985) siendo el exceso acumulado para el período de 5.659 millones de dólares.

De modo que si se piensa que construir y equipar los 45 metros cuadrados que exige una cama hospitalaria representa la suma de 40.000 dólares se tiene que con el exceso del gasto militar se pudieron construir 141.475 camas hospitalarias.

Esta cifra aparece astronómica en términos absolutos y más aún comparado con el déficit estimado de camas hospitalarias el cual asciende a 3.000 y proyectado a 1994 es de 4.900 camas hospitalarias.

2.- LA REDUCCION EN LA INVERSION

A lo anterior se debe agregar que la inversión en

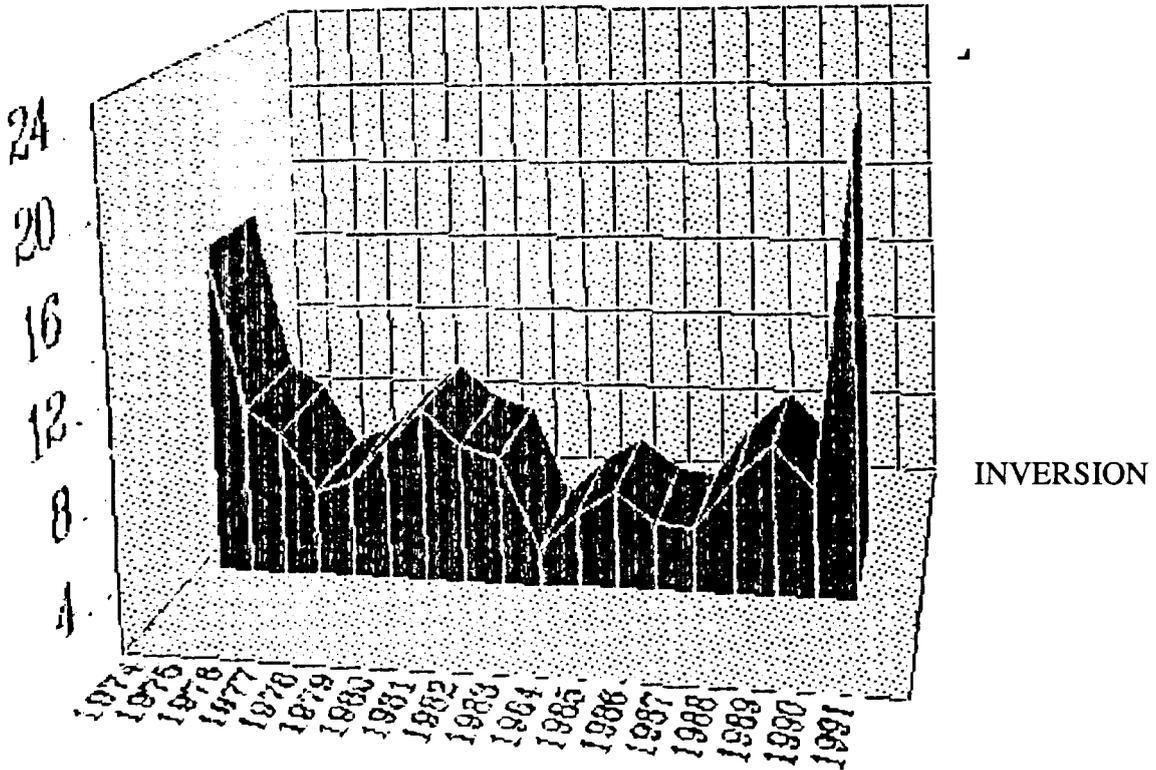
el sector salud disminuyó constante y drásticamente durante todo el régimen militar. En 1974 la inversión real representó el 9,74% del gasto público en salud para descender al 2,84% en 1989.

Expresado en millones de pesos de Junio 1991, observamos que de 15.478 millones en 1974 la inversión disminuirá en 1975 (MM\$ 7.770) continuando esta tendencia hasta 1977 (MM\$ 4.065).

Luego se observan diversas oscilaciones: en 1980 se invierten MM\$ 8.030, en 1983 se llega al punto mas bajo (MM\$ 1.730), sigue una fluctuación entre los años 1984 (MM\$ 3.477) y 1990 (MM\$ 4.977) pero siempre bajo los niveles históricos de 1974.

Finalmente sólo en 1991 se observa un aumento (MM\$ 20.964) que aún cuando cuadruplica los valores de 1990 representa una modesta suma comparado con 1974 y por supuesto no alcanza a compensar el déficit acumulado entre 1974 y 1990.

GASTO PUBLICO EN SALUD
1974-1991 (MM\$ JUNIO 1991)



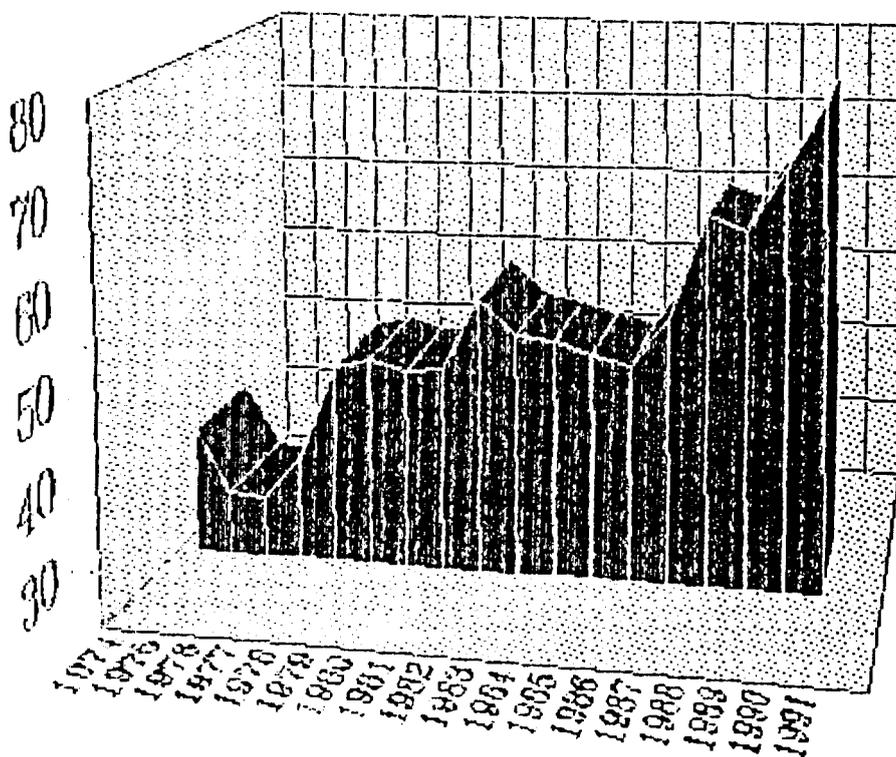
3.- BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO

Los bienes y servicios de consumo (BB y SS) también experimentaron una reducción entre 1974 (MM\$ 35.105) y 1976 (MM\$ 27.440); desde ese año los gastos de BB y SS se mantuvieron relativamente estables en valores que oscilaron entre

MM\$ 43.997 (1980) y MM\$ 51.675 (1987) para luego subir hasta MM\$ 69.397 en 1990. La cifra más importante se alcanzará en 1991: MM\$ 77.565.

A partir de este conjunto de antecedentes es fácil imaginar que el sector público hospitalario experimentaría un deterioro acumulativo en infraestructura, así como un retroceso tecnológico.

GASTO PUBLICO EN SALUD
1974-1991 (MM\$ JUNIO 1991)



B.B. y S.S.

4.- LA SITUACION DE LOS RECURSOS HUMANOS

Pero desgraciadamente las insuficiencias financieras son una parte del deterioro del sector salud.

El personal de salud ha sido objeto no sólo de un deterioro de sus remuneraciones sino también de sus condiciones de trabajo; a la falta de estímulos se agregan jornadas de trabajo excesivas, falta de programas de capacitación y una inestabilidad laboral.

El déficit de personal en cada Hospital o Consultorio es cuantioso, los técnicos ministeriales estimaban en 20.000 las nuevas plazas necesarias para recuperar el nivel de 1980 y que la resolución de la crisis hospitalaria exigía al menos la contratación de 12.000 nuevos funcionarios. Pese a ello se contrató en 1991...solamente la décima parte...

Paralelamente, los anuarios oficiales muestran que las atenciones en salud han aumentado progresivamente desde 1977 para una dotación de personal que es sensiblemente la misma, dicho de otra manera se han reducido los costos reales. Se puede concluir que el sistema es financieramente más pero indudablemente es más ineficaz, da una atención de mala calidad humana y tecnológica, creándose un deterioro del ambiente laboral. En vista de todo lo anterior ¿qué duda cabe acerca de la vital urgencia

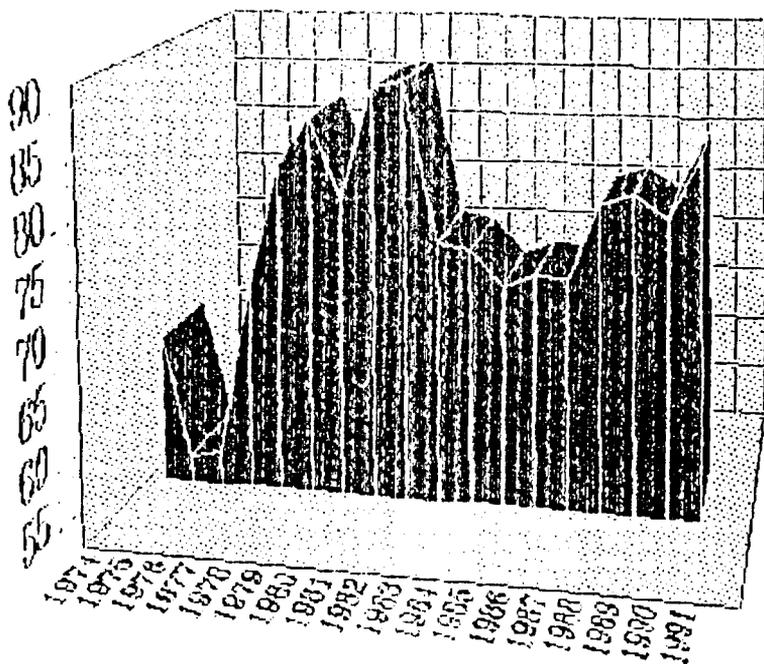
de los programas de inversión en el sector público de salud?

Se afirma que las futuras inversiones serán considerables y difícilmente se puedan repetir, de allí entonces que sea imperativo utilizarlas con la mayor creatividad, con criterios de salud pública y con amplia consulta a los diferentes sectores. Chile sigue siendo un país demasiado pobre como para que inversiones de 400 millones de dólares las decidan un grupo reducido de personas.

Como quiera que sea, en mi opinión, una política de inversión debe realizarse no exclusivamente para introducir nuevas tecnologías para el tratamiento de la enfermedad sino también acentuar la perspectiva de fomentar, proteger y recuperar la salud de los chilenos, priorizando la recuperación de los recursos humanos.

Con las bajas remuneraciones existentes, la rigidez administrativa, la falta de carrera funcionaria, la ausencia de programas de formación permanente, la ausencia total de estudios ergonómicos hospitalarios, la falta de un programa de medicina del trabajo para el personal hospitalario, la nula participación del personal en la elaboración y evaluación de las políticas de salud; la sola mística será insuficiente para aprovechar adecuadamente las inversiones en tecnología y para evitar la emigración del personal calificado del sector público al sector privado.

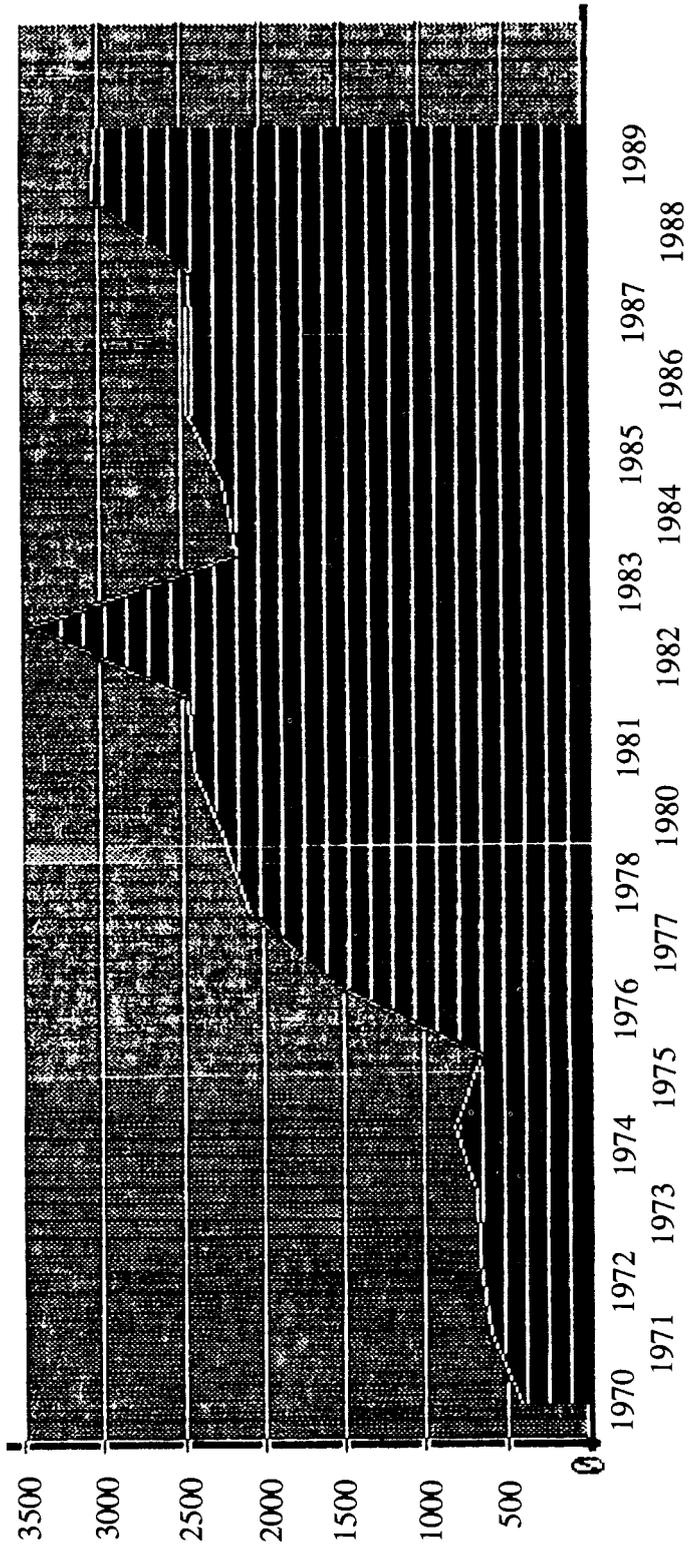
GASTO PUBLICO EN SALUD
1974-1991 (MM\$ JUNIO 1991)



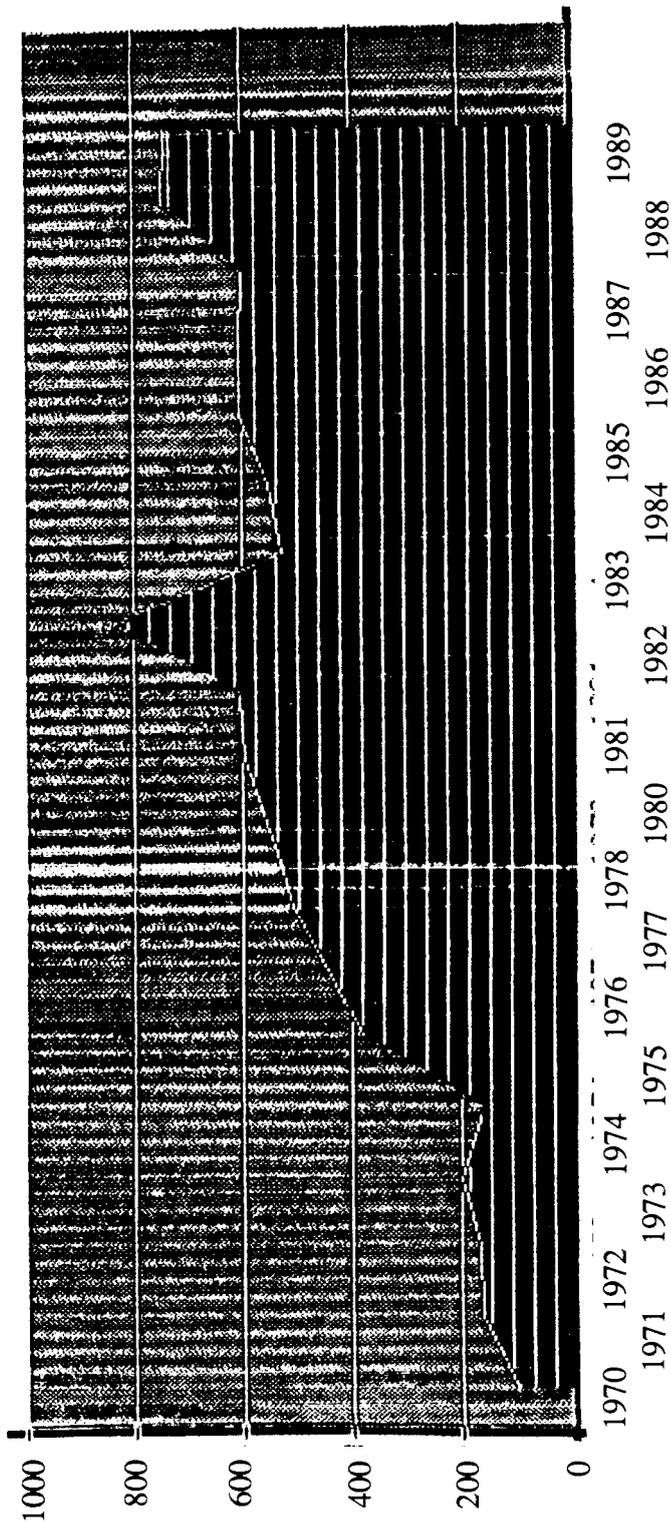
REMUNERACIONES

GASTO MILITAR: 1970-1989

En Mil Millones de Pesos 1970



GASTO MILITAR: 1970-1989 En Porcentaje 1970 = 100



NOTAS Y REFERENCIAS:

- 1.- Es efectivo que estas funciones no son legalmente incompatibles, pero desde el punto de vista de una amplia participación democrática surgen aprehensiones sobre esta concentración unipersonal del poder en el sector salud.
- 2.- En septiembre de 1990, el actual Ministro de Salud puso en vigencia una de las últimas Leyes (Ley 18933) dictadas apresuradamente por el poder legislativo del Gobierno de A. Pinochet, (9 de marzo de 1990 a solamente días de dejar el Gobierno). Esta ley crea la Superintendencia de Isapres, organismo que reemplaza al Fondo Nacional de Salud -FONASA en la tareas de supervisar y fiscalizar el desempeño de las Isapres.
Cabe recordar que la Superintendencia de Isapres fue puesta en funcionamiento pese a la oposición de algunos sectores de la concertación de Gobierno que proponía posponer la aplicación de dicha Ley y suscitar una amplia discusión a nivel de los Colegios profesionales, partidos políticos, asociación de Isapres, usuarios y Gobierno que permitiera un análisis detenido del contenido de esa Ley.
Pudo más el voluntarismo del Ministro, quién se auto-assignó un plazo de seis meses de funcionamiento de la nueva entidad para revisarla y dictar una legislación definitiva en marzo de 1991... el tiempo se detuvo en calle Mac-Iver.
- 3.- Actualmente el 80% de la población y el 100% de los sectores populares dependen exclusivamente del Estado para el fomento, cuidado y recuperación de su salud. Esta situación constituirá un elemento permanente de la situación de salud de Chile. Por ello, es en este contexto que creemos necesario analizar las políticas sociales y más específicamente los aportes estatales a la salud.
- 4.- La confección de Gráficos y Tablas que den cuenta de la situación financiera del sector salud se ve dificultada por la falta de información coherente, los procesos inflacionarios, de devaluación y de cambio de moneda que han ocurrido durante el período estudiado. Por ello utilizamos diversos parámetros e indicadores.
- 5.- Es necesario destacar las dificultades que representa la obtención de algunas estadísticas y que la información referente a los años 1970-1973 es aún mas arduo de conseguir.
- 6.- Jiménez, J. «Salud Pública '87 y Proyecto Alternativo». In: Revista Vida Médica, 1987, pp. 40-45.
- 7.- Sánchez, H. «Algunos Aspectos que distorsionan los costos de salud en Chile», In: Revista Administración en Salud, Nº 4, 1988, pp. 23 - 34.
- 8.- Morales, E. «Sistemas Políticos, Planificación y Políticas Públicas. La Política de Salud, Chile 1964 - 1978», Documento de Trabajo, Programa Flacso - Santiago - Chile Nº 110, Mayo 1981.
- 9.- Requena, M., Giacconi, J. «Doctrina e historia del financiamiento de la salud en Chile». In: Revista Vida Médica, Nº 5, Vol. 42, 1990, pp. 324 - 328.
- 10.- Requena, M. «Financiamiento del Sector Salud Chileno, Sus efectos reestructuradores». In: Revista Vida Médica, Nº 5, Vol. 42, 1990, pp. 329 - 333.
- 11.- Giacconi, J. «Economía y Salud en Chile», In: Revista Vida Médica, Nº 5, Vol. 42, 1990, pp. 334 - 337.
- 12.- Raczynski, D. «Controversias sobre reformas al Sector Salud: Chile 1973- 82». Notas Técnicas Nº 52 Cieplan, 1982.
- 13.- Cuadernos de Trabajo Médico Nº 1; «Estudios sobre la dinámica ocupacional de la práctica médica. Condiciones de inserción del médico en el marco laboral del área metropolitana».
- 14.- Sociedad Chilena de Salud Pública, Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social - Gicarns; Asociación Canadiense de Salud Pública; «Desafíos de la Política de Salud Para Chile», 1991.
- 15.- Fassler, C. «Política Sanitaria de la Junta Militar Chilena (1973-1980)». In: Revista Latinoamericana de Salud, 1982, pp. 26 - 48.
- 16.- Flaño , N. «Planificación o Mercado en el Sector Salud: Enfoque Teórico con Aplicación al Caso de Chile 1973-1978». In.: Desarrollo Social y Salud en Chile C.P.U. 1979, pág. 75 - 93.
- 17.- Sánchez, J. «Radiografía de la salud». Revista Cauce Nº 215: 1989, pp.7-11.
- 18.- Alwayay, R., Sánchez, J. «El Estado y la salud en Chile 1952 - 1989» Publicación Fundación para el Progreso Humano - Cerc, 1989.