

DÉFICIT Y DEUDA EN LA SALUD PÚBLICA: SE DEBEN SINCERAR LAS CIFRAS

- En la actual estrechez de las cuentas fiscales, la asignación de las escasas holguras es relevante, más aún en un contexto de implementación de un nuevo programa de gobierno.
- La sobre ejecución del sector ha sido permanente y creciente en el último tiempo, traduciéndose en nuevas asignaciones a lo largo del año y a un incremento de la deuda hospitalaria.
- La misma autoridad ha detectado elementos que perpetúan esta sobre ejecución.

En el contexto de la actual estrechez fiscal resulta prioritario tener claridad respecto de cuáles son los reales requerimientos presupuestarios del sector salud. Se ha instalado como práctica habitual el gastar una cantidad mayor de recursos a los que inicialmente estaban aprobados en la Ley de Presupuestos (LP), lo que se ha llamado sobre ejecuciónⁱ respecto de lo presupuestado en el sistema de salud pública. Por ejemplo, para el 2017 se terminó gastando 21% más de lo que inicialmente estaba presupuestado para sus dos principales líneas de gastoⁱⁱ, pasando de US\$ 5.900 a US\$ 7.140 millones.

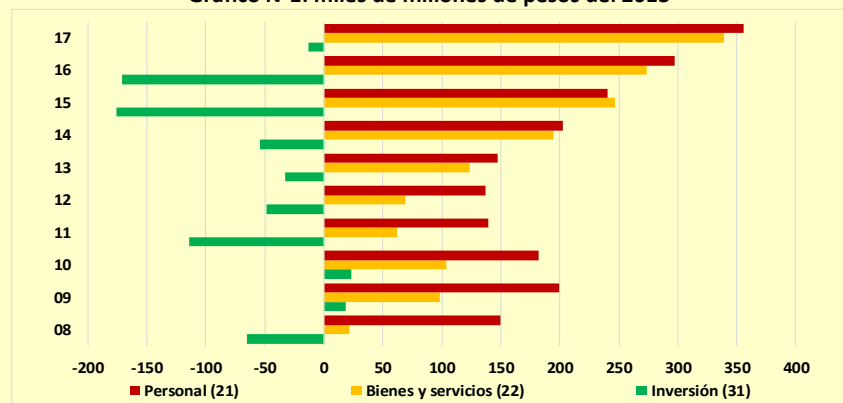
Según la autoridad fiscal, reconocer esta permanente y recurrente sobre ejecución, sin generarse el espacio correspondiente, implicaría incrementar el gasto entre US\$ 1.200 y US\$ 1.500 millones anuales, con el correspondiente incremento en la deuda pública. En este contexto, el gasto total del gobierno crecería en torno a 2% más cada añoⁱⁱⁱ, aumentando tanto el déficit efectivo como el estructural en 0,5% del PIB y contradiciendo el deseo de la autoridad de llevar el balance estructural al equilibrio (0% del PIB) en el mediano plazo. En particular, el presupuesto del 2018 contempla un crecimiento del gasto total en torno a 4% real, por lo que adicionar este mayor gasto en salud sin implementar ninguna medida compensatoria implicaría un crecimiento del gasto entorno a 6%, muy por sobre al crecimiento esperado de la economía para este año (3,6% de crecimiento del PIB en 2018 según la Encuesta de Expectativas Económicas de mayo del Banco Central).

¿POR QUÉ SE GENERA ESTA SOBRE EJECUCIÓN?

La sobre ejecución persistente del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) se observa principalmente en personal (subtítulo 21) y bienes y servicios de consumo (subtítulo 22), mientras que, como contrapartida, se observa una sub ejecución permanente en inversión (subtítulo 31).

LA SOBRE EJECUCIÓN PERSISTENTE DEL SNSS SE OBSERVA PRINCIPALMENTE EN PERSONAL (SUBTÍTULO 21) Y BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO (SUBTÍTULO 22)

Gráfico N°1: miles de millones de pesos del 2013



Fuente: Elaboración propia con información de la Dipres.

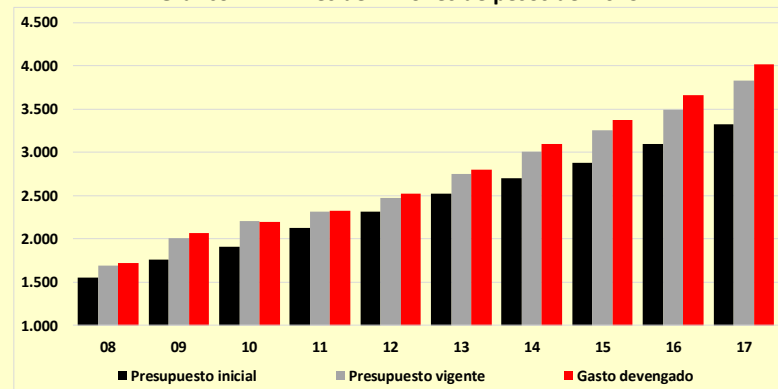
La Ley de Presupuestos ha ido incorporando parcialmente este mayor gasto: en la última década el gasto presupuestado para estos dos subtítulos del Ministerio de Salud (MINSAL) más que se duplicó, creciendo 114% real. Sin embargo, el gasto efectivo aumentó más rápido aún (133% real). Así, entre el 2008 y 2013 la LP original alcanzaba a cubrir de forma estable en torno al 90% de este gasto efectivo, para luego representar cada vez menos, llegando solo a cubrir el 80% en 2017.

A lo largo del año -principalmente en diciembre-, el Ministerio de Hacienda realiza aportes extraordinarios para hacer frente a distintas necesidades en el sector, entre las que se encuentra financiar lo que se ha llamado la deuda crítica, esto es, cuando alcanza niveles que podrían comprometer la operación normal del sistema. Es decir, cuando los servicios de salud ya muestran tal nivel de endeudamiento que se hace insostenible su relación con los proveedores, reciben mayores recursos, lo que implica que una parte de la deuda se paga con recursos que inicialmente no estaban presupuestados. La suma de estos aportes extraordinarios al presupuesto original da origen al llamado presupuesto vigente.

El aporte extraordinario destinado a ambos subtítulos ha crecido sostenidamente en los últimos años, llegando a financiar el 13% del gasto devengado en 2017 (algo más de US\$ 1.200 millones).

GASTO EN SUBTÍTULO 21 Y 22 DEL MINSAL HA CRECIDO SOSTENIDAMENTE

Gráfico N°2: miles de millones de pesos del 2013

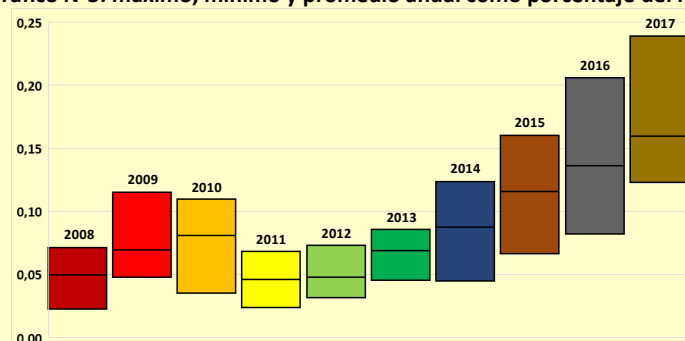


Fuente: Elaboración propia con información de la Dipres.

El sobregasto, entendido como el diferencial entre el gasto devengado y el presupuesto vigente (gasto pagado), ha generado la llamada deuda hospitalaria^{iv}. Así, producto de los reiterados aportes extraordinarios, el stock de deuda hospitalaria presenta normalmente alta volatilidad al interior del año. En 2017, se ubicó en promedio cerca de US\$ 450 millones^v (0,16% del PIB).

EN 2017 LA DEUDA HOSPITALARIA FUE EN PROMEDIO CERCA DE US\$ 450 MILLONES

Gráfico N°3: máximo, mínimo y promedio anual como porcentaje del PIB



Fuente: Elaboración propia con información del Ministerio de Hacienda.

Esta deuda se ve reflejada en el no pago oportuno a proveedores, concentrándose principalmente en el subtítulo 22 (bienes y servicios de consumo), ya que los establecimientos han privilegiado el pago de las remuneraciones en caso de escasez de recursos.

CAUSAS DE ESTE FENÓMENO

En la sobre ejecución de gastos destacan los siguientes factores determinantes:

La asignación presupuestaria anual de recursos al sistema de salud contiene una base inercial (historia) más las expansiones de gasto autorizadas correspondientes a programas por desarrollar durante el ejercicio^{vi}. Esta asignación presupuestaria no considera necesariamente los recursos adicionales entregados el año previo, manteniendo en el tiempo el problema de la sobre ejecución.

La misma autoridad reconoce que entre los factores que explica el sobregasto en personal (subtítulo 21) está la complejidad del sistema de remuneraciones del sector salud^{vii}, que no se relaciona directamente con la forma en que se elabora y clasifica el gasto para efectos de la gestión financiera del Estado^{viii}.

El Ministerio de Hacienda es quien determina los recursos disponibles durante el año para la disminución del sobregasto operacional de acuerdo a las disponibilidades, mientras que el MINSAL define los destinos de los recursos a nivel de los Servicios de Salud mediante distintos criterios, siendo el principal el índice de criticidad de la deuda. Este procedimiento no genera los incentivos adecuados ya que mientras más reduce un establecimiento su deuda menor probabilidad tiene de obtener recursos adicionales, generándose un incentivo perverso en relación al gasto en el área, ya que mientras más se endeuda un establecimiento, más crece su posibilidad de contar con mayores recursos.

Existe una real e inevitable presión al alza en el gasto sanitario producto de factores demográficos, como el envejecimiento de la población^{ix} y el cambio del perfil epidemiológico, que parecieran no ser considerados a la hora de determinar las reales necesidades presupuestarias del sector.

Hay una real pero evitable presión al alza en el gasto producto del diseño del sistema público de salud. Influyen aquí los mecanismos de compra de prestaciones y de productos farmacéuticos, el cambio tecnológico, el modelo de atención sanitaria, el mercado del recurso humano capacitado y especializado.

En el área de bienes y servicios (subtítulo 22), cuya partida más relevante es la compra de productos farmacéuticos (34% de este gasto), se han detectado importantes ineficiencias en materia de decisiones de compra y de mecanismos de provisión de medicamentos a nivel de red asistencial, así como una escasa regulación^x. De hecho, la misma autoridad estimó en cerca de US\$ 60 millones el exceso de gasto en 2016 producto de estas ineficiencias (17% de la deuda).

POSIBLES MEDIDAS A IMPLEMENTAR

Urge implementar mecanismos y nuevas fórmulas de asignación de recursos desde el nivel central que permitan hacerse cargo de las reales necesidades financieras de cada establecimiento y que generen los incentivos correctos en la toma de decisiones individuales. También es necesario un sistema de información del gasto en personal que permita realizar una adecuada planificación y asignación presupuestaria, un seguimiento del gasto y la construcción de indicadores de monitoreo y evaluación de la eficiencia a nivel de establecimiento.

Se podría establecer, a su vez, una institucionalidad adecuada que integre todos los estamentos de la salud pública (Instituto de Salud Pública, CENABAST, Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales) de forma que coordinen políticas, normas y mecanismos de racionalidad financiera para relacionarse con la industria farmacéutica.

Por otra parte, es necesario contar con políticas destinadas a incrementar la prevención y promoción de la salud, el autocuidado del estado de salud y la permanencia en los tratamientos (población bajo control), para así disminuir las consultas de urgencia y las posibles hospitalizaciones derivadas de ellas.

Pero sin duda que lo prioritario es sincerar de una vez el gasto en salud pública en nuestro país y que el presupuesto realmente sea una instancia que refleje las necesidades del sector y que no siga, como ha sido hasta la fecha, un secreto a voces que los recursos inicialmente asignados no son los que realmente se necesitan. Ello no sólo atenta contra los principios básicos al momento de discutir un presupuesto sino que también podría afectar la correcta provisión del servicio.

CONCLUSIONES

Los sobregastos en salud han sido un fenómeno reiterativo, reflejo, en parte, de que su solución no es ni rápida ni fácil. Sin embargo, la misma autoridad ha identificado los elementos más conflictivos.

Los principales problemas provienen de ineficiencias en decisiones de adquisición, información deficiente, falta de indicadores de desempeño, falta de control, incentivos perversos y políticas públicas ineficientes en términos de generar hábitos de vida sana a la población, así como de la utilización del sistema de salud.

No corregir o bien sincerar a tiempo esta sobre ejecución en salud puede atentar contra el objetivo de la autoridad respecto de llevar el balance estructural a la neutralidad a mediano plazo.

ⁱ Se entiende sobre ejecución como la diferencia entre gasto devengado y presupuestado originalmente.

ⁱⁱ Gasto en personal (subtítulo 21) y en bienes y servicios de consumo (subtítulo 22).

ⁱⁱⁱ El presupuesto del 2018 contempla un crecimiento del gasto total en torno a 4% real, por lo que agregarle este mayor gasto en salud sin reducir ningún otro gasto implica llevar al gasto a crecer en torno a 6%, cerca del doble del crecimiento de la actividad de este año.

^{iv} Para mayor análisis, véase Dipres 2016. Sobregasto Operacional y Deuda del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

^v Con mínimo de US\$ 337 millones y máximo de US\$ 678 millones.

^{vi} Como por ejemplo cierre de brechas y costos asociados a la operación de nuevos hospitales.

^{vii} Para mayor análisis, véase Dipres 2018. Caracterización del Gasto en Personal de los Servicios de Salud.

^{viii} Por ejemplo, entre 2012 y 2016 se observa que la asignación de recursos presupuestarios implicó sobrestimar la participación en el gasto en personal de planta y subestimar la participación del personal a contrata y otras remuneraciones.

^{ix} En el 2014, el 91% de la población adulto mayor del país contaba con la cobertura sanitaria entregada por el sistema público (Fonasa) y, en el período 2009-2014, este grupo de afiliados aumentó 29%.

^x Para mayor análisis, véase Dipres 2017. Análisis del Gasto y Mecanismos de Compra de Medicamentos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.