

Gasto público en salud

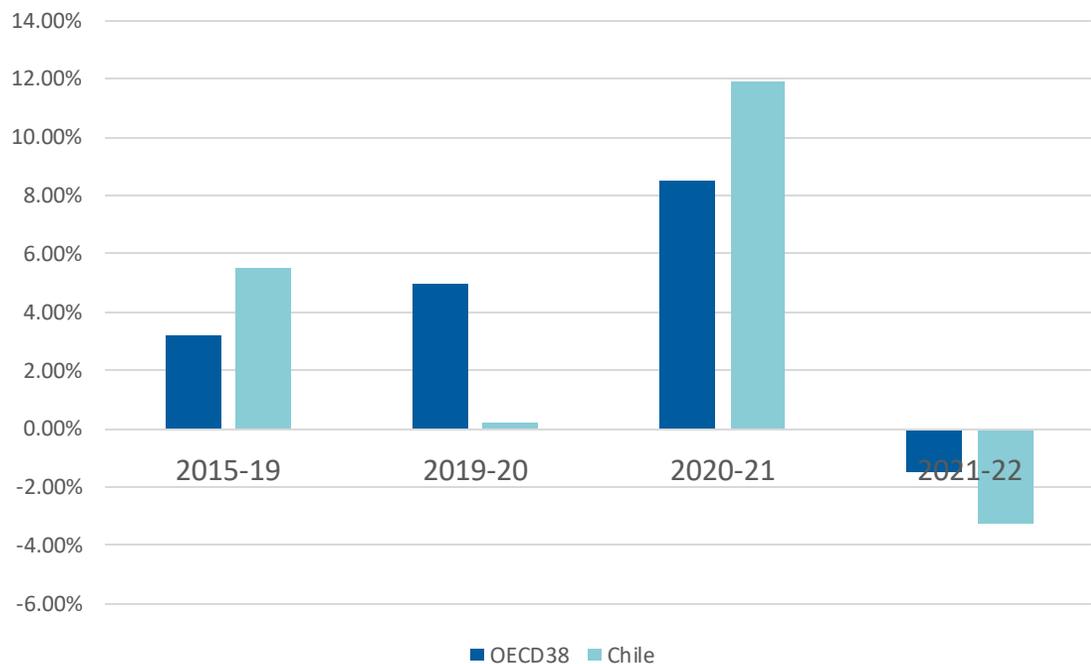
Javiera Martínez Fariña
Directora de Presupuestos

17 de diciembre de 2024

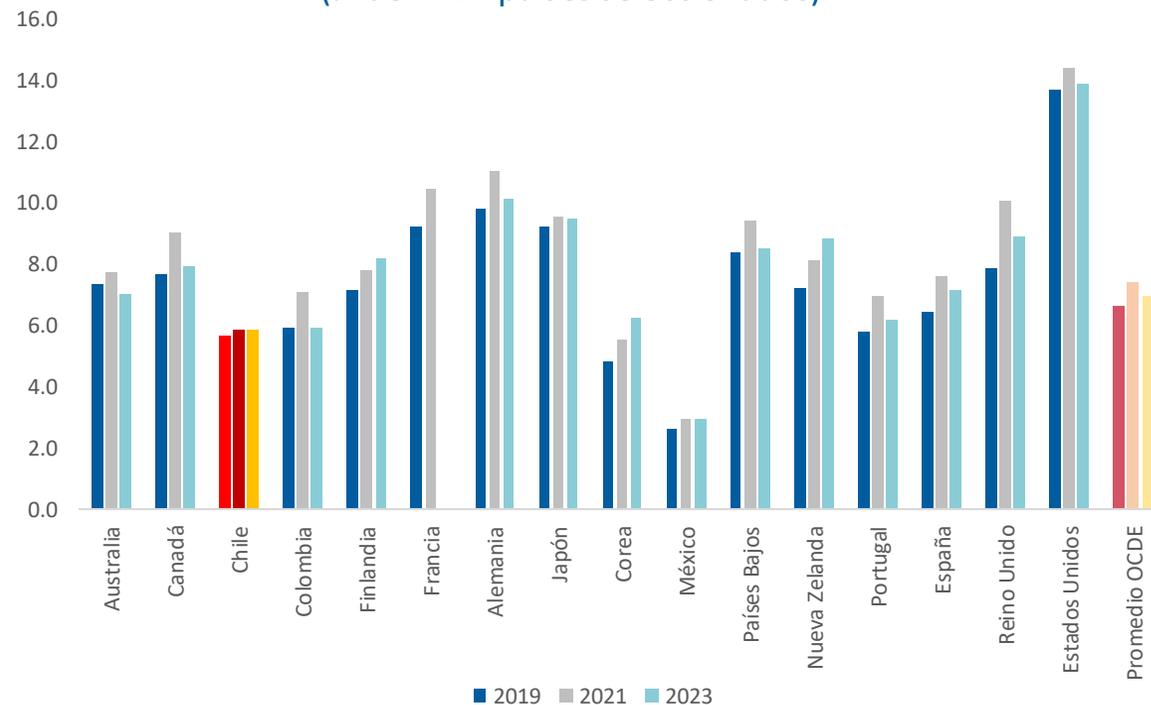


El gasto público en salud siempre ha sido prioritario dentro de los presupuestos nacionales, pero luego de la pandemia COVID-19 se ha vuelto más desafiante para la política fiscal. Durante el 2019-2021 aumentó un 17%, y al 2022 decreció un -1,5% (promedio OCDE)

Crecimiento del gasto público en salud países OCDE
(var real – países seleccionados)



Gasto público en salud países OCDE
(% del PIB - países seleccionados)



Fuente: Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OECD), datos del 2019, 2021 Y 2023, Gasto público en salud como porcentaje del PIB.

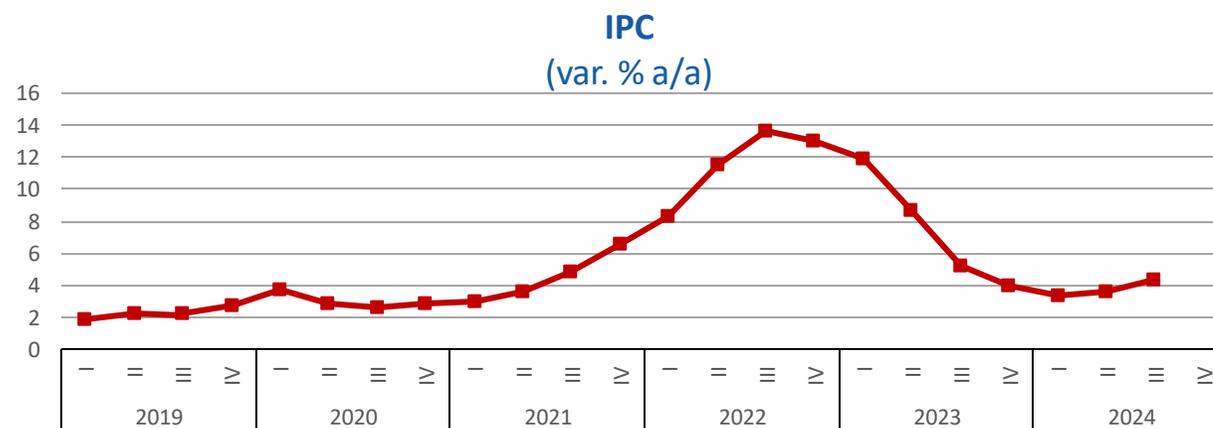
Los sistemas de salud públicos del mundo han experimentado alza de costos generalizados debido a inflación y al fenómeno de envejecimiento. Adicionalmente, se suma como presión la mayor demanda debido a las prestaciones suspendidas durante el 2020-2021 y el fortalecimiento de la resiliencia de los sistemas

Principales tendencias en el gasto de salud mediano plazo:

- Alza de costos de prestaciones generalizada debido a período inflacionario
- Tecnología: rol clave
- Cambio de perfil epidemiológico y demográfico de población.
- Capacidad del sistema para próximos *shocks*
- Promedio OECD esperado al 2040: 11.8% PIB

Beneficiarios FONASA personas mayores

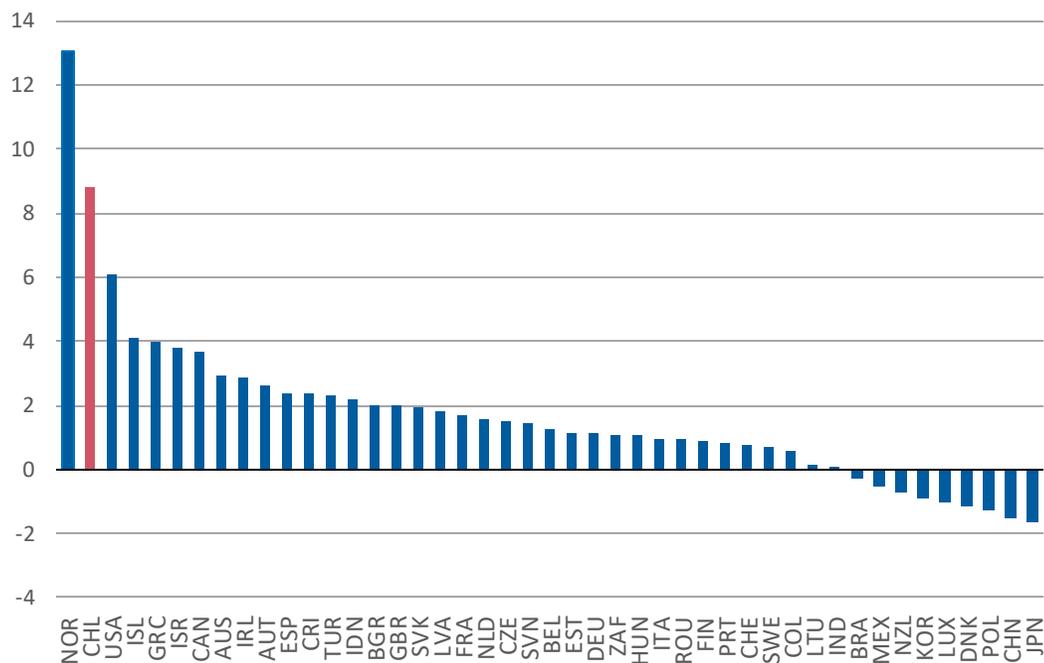
Tramo edad	2019	2020	2021	2022	2023	Var. 19-23
60 a 69 años	1.432.485	1.507.702	1.564.278	1.638.758	1.744.502	22%
70 a 79 años	909.382	931.294	957.707	991.485	1.047.318	15%
80 años o más	489.528	507.013	523.792	540.072	571.533	17%
Total	2.831.395	2.946.009	3.045.777	3.170.315	3.363.353	19%



Fuente: Ministerio de Hacienda y Datos abiertos FONASA, Población beneficiaria.

Esta presión se ha enmarcado en un contexto de normalización económica pos pandemia, donde el gasto público a nivel mundial ha buscado una consolidación en términos de ingresos y gastos, y contención de deuda pública

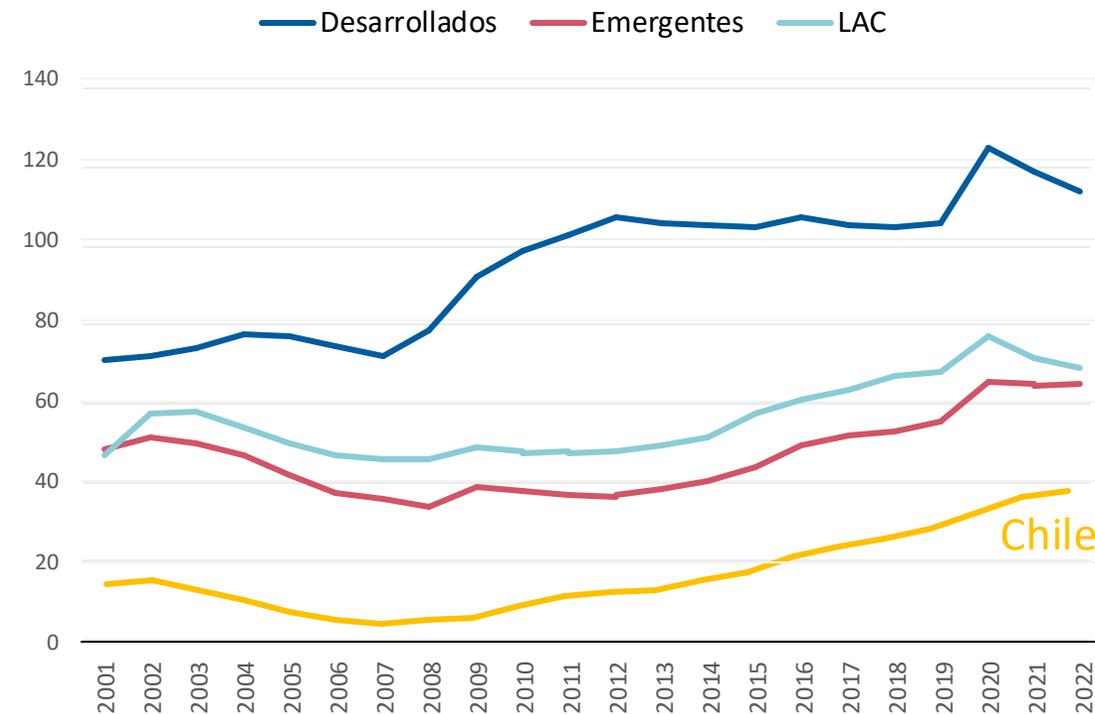
Consolidación fiscal 2021-2022
(% del PIB)



Nota: (p): proyección IFP 3T24. (1) (p): proyección.

Fuente: Dipres, Ministerio de Hacienda, International Monetary Fund, World Economic Outlook Database, October 2022

Deuda bruta de gobierno general
(% del PIB)



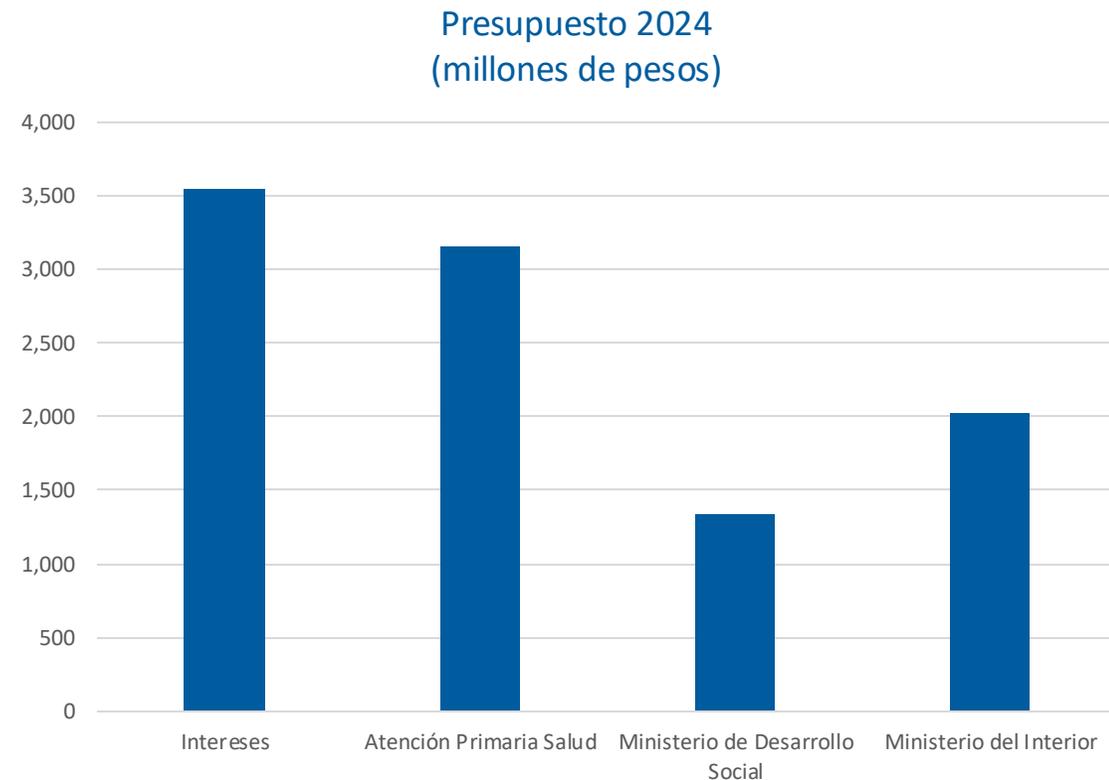
Nota: (1) Corresponde a los datos de deuda disponibles para un grupo de 83 países incluidos en la Global Debt Database del FMI.

Fuente: World Economic Outlook (octubre de 2023), y Dirección de Presupuestos (Dipres).

La disciplina macro fiscal ha sido necesaria para la convergencia fiscal luego del *shock* de la pandemia, recomponiendo las finanzas públicas de cara las presiones del futuro

Principales fuentes de presión de gasto para países:

- Salud
- Envejecimiento (cuidados y seguridad social)
- Resiliencia frente al cambio climático: Inversión en adaptación y mitigación + respuesta ante emergencias.
- Niveles de deuda y tasas de interés

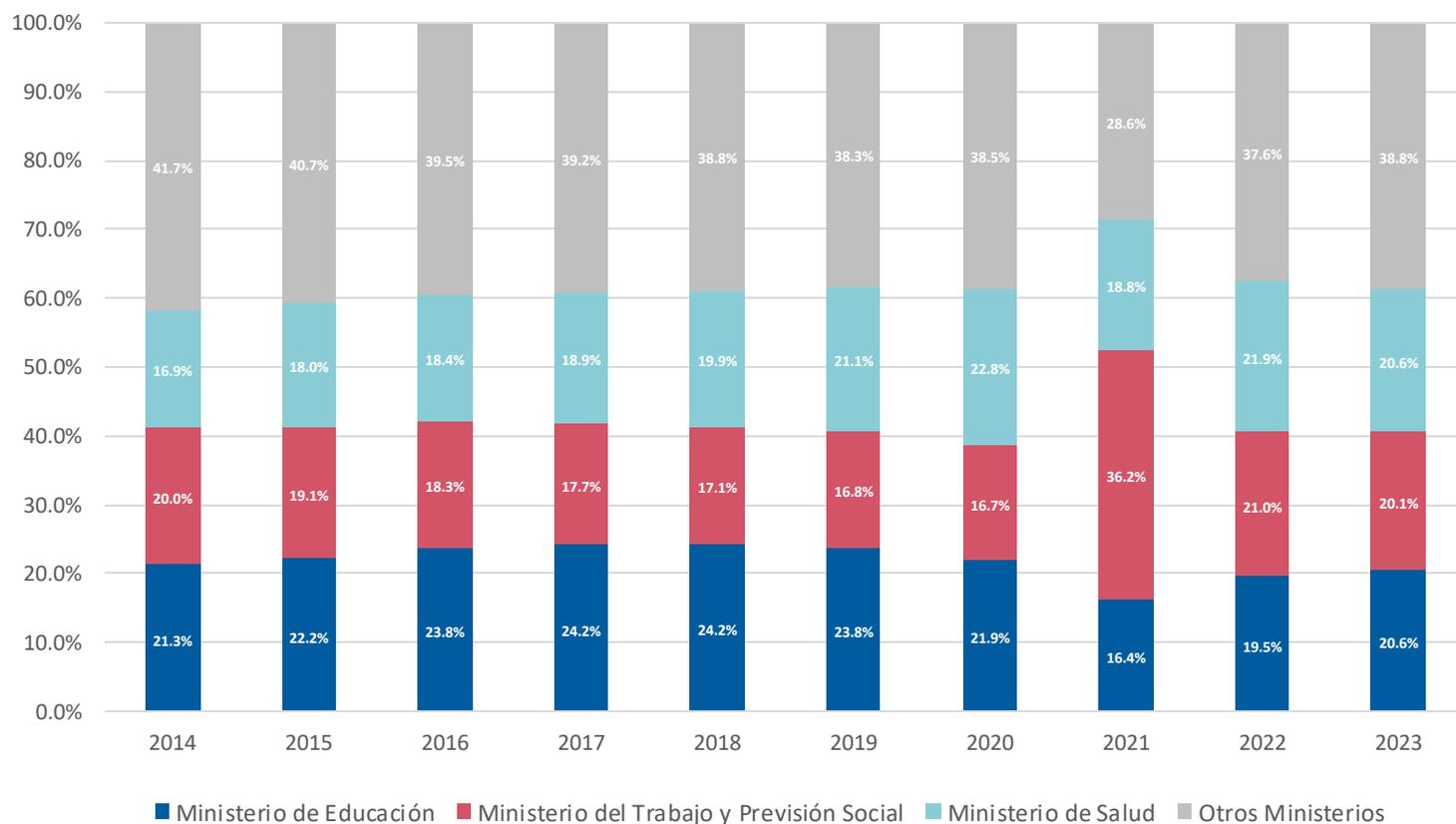




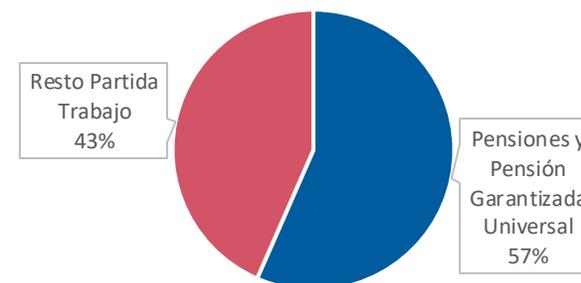
Gasto público en salud en Chile

El volumen del presupuesto del Ministerio, y en particular de los servicios de salud, es parte importante del presupuesto total, por lo que implica una fuerza de tarea relevante en la gestión fiscal de cada año

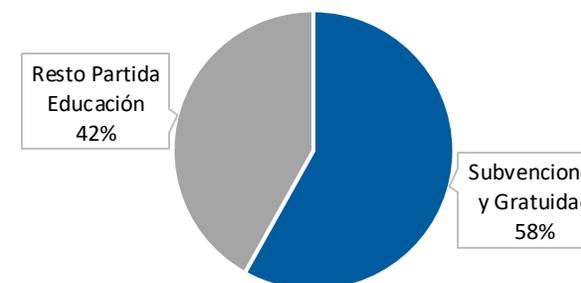
Serie Histórica 2014-2023 Distribución Presupuesto Ley Final



Presupuesto 2023 MINTRAB

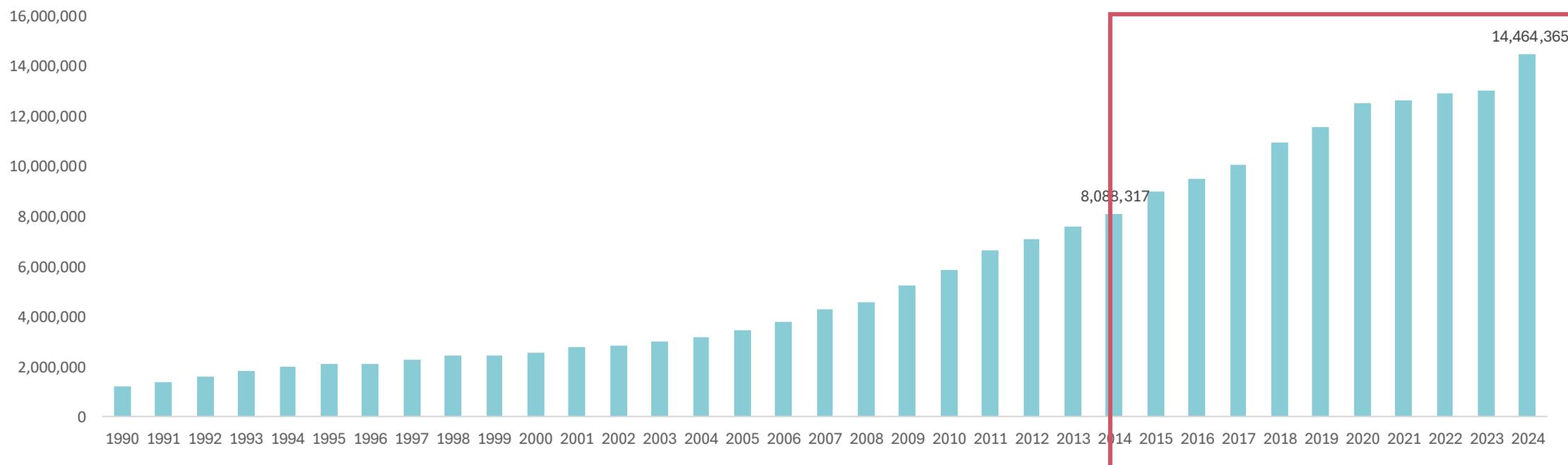


Presupuesto 2023 MINEDUC



El presupuesto inicial del Ministerio de Salud ha crecido un 79% en los últimos 10 años. A diferencia de otras áreas, no ha tenido cambios tributarios asociados a un mayor financiamiento

Evolución del Presupuesto del Ministerio de Salud (millones de \$ del 2024)

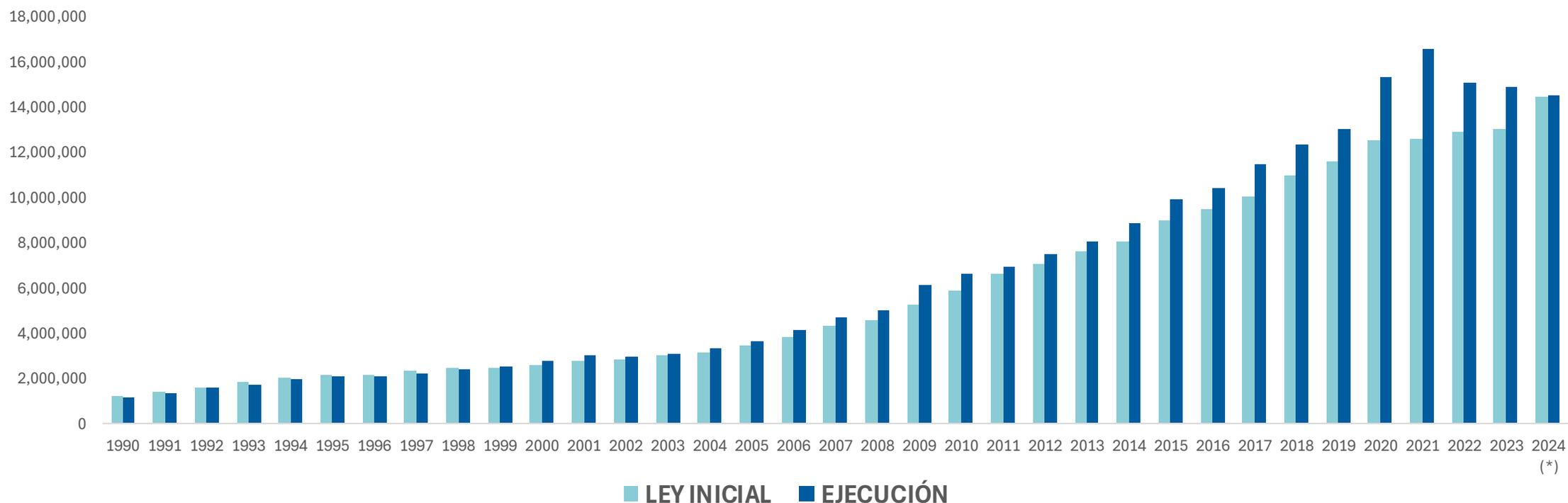


Notas: Leyes Iniciales 2021 y 2022 incluyen FET

Fuente: Dipres.

Hace aproximadamente 10 años, se observa una tendencia al alza de ejecutar más de lo que se aprueba en la Ley de Presupuestos

Evolución de Presupuesto y Ejecución presupuestaria Ministerio de Salud
(millones de \$ de 2024)



Notas: Leyes Iniciales 2021 y 2022 incluyen FET ; ejecución 2024 considera hasta el mes de noviembre.

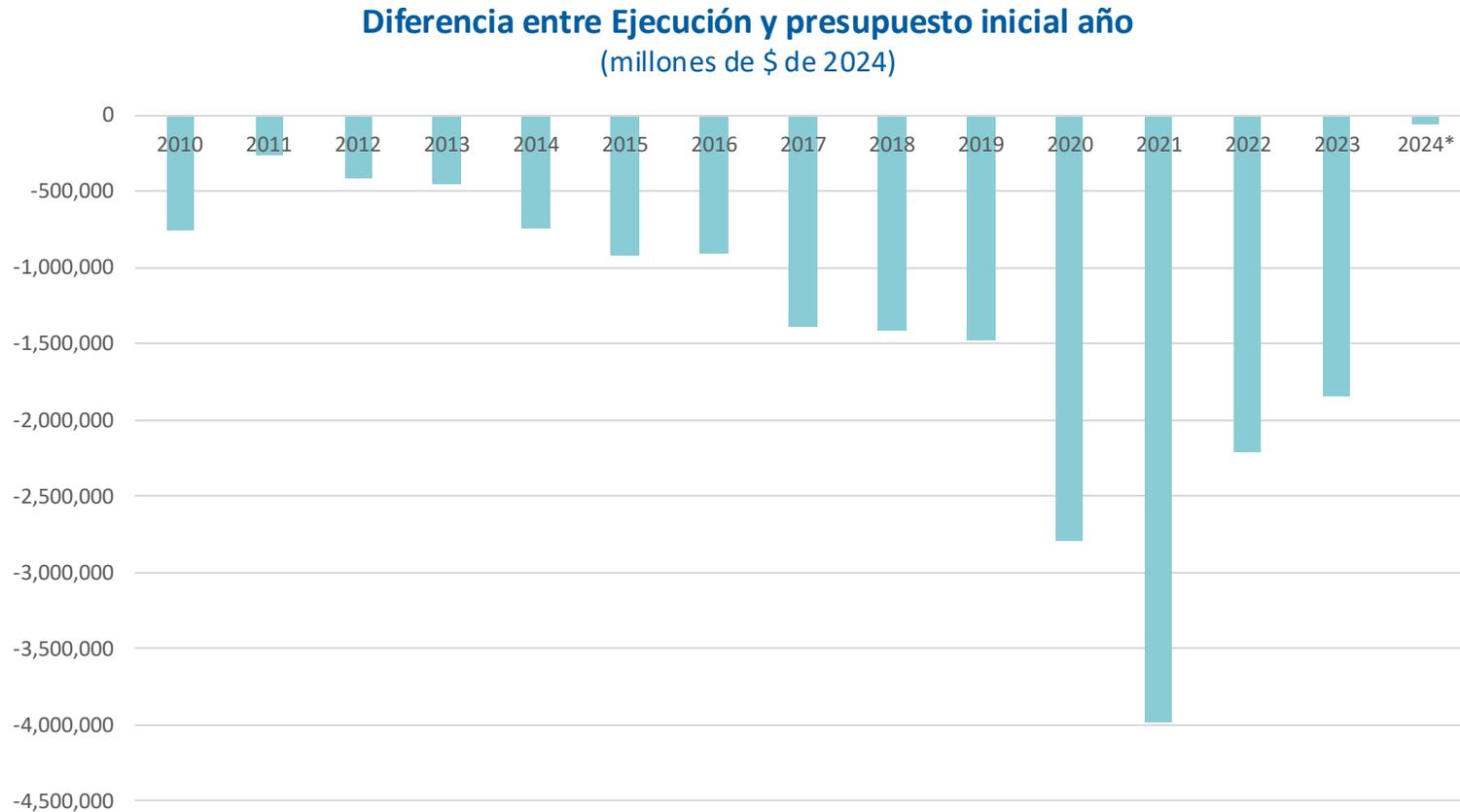
Fuente: DIPRES.

Para el año 2024 se hizo el mayor aumento de Ley inicial desde hace más de 10 años, incrementando el presupuesto base en más de \$ 1 billón

Cifras en MM\$ 2024

Estrategia	TOTAL Incrementales 2023-2024
Puesta en Marcha 2022 - 2023	242.664
Puesta en Marcha 2024 (Normalización Covid)	189.143
Normalización Presupuestaria - Reconocimiento Actividad GRD (efecto cantidad, complejidad y precio)	238.216
Normalización Presupuestaria - Reconocimiento de actividad ambulatoria y actividad domiciliaria (efecto cantidad y efecto precio)	157.089
Normalización Covid	77.325
PAO	73.578
Decreto GES 2022 - 2025	22.376
Productividad Quirúrgica	29.367
Total Incrementos más relevantes en los Servicios de Salud	1.029.758

Uno de los desafíos más relevantes desde el punto de vista de la ejecución presupuestaria de salud es ajustar el presupuesto inicial vs el presupuesto final



Notas: Leyes Iniciales 2021 y 2022 incluyen FET ; * ejecución 2024 considera hasta el mes de noviembre.

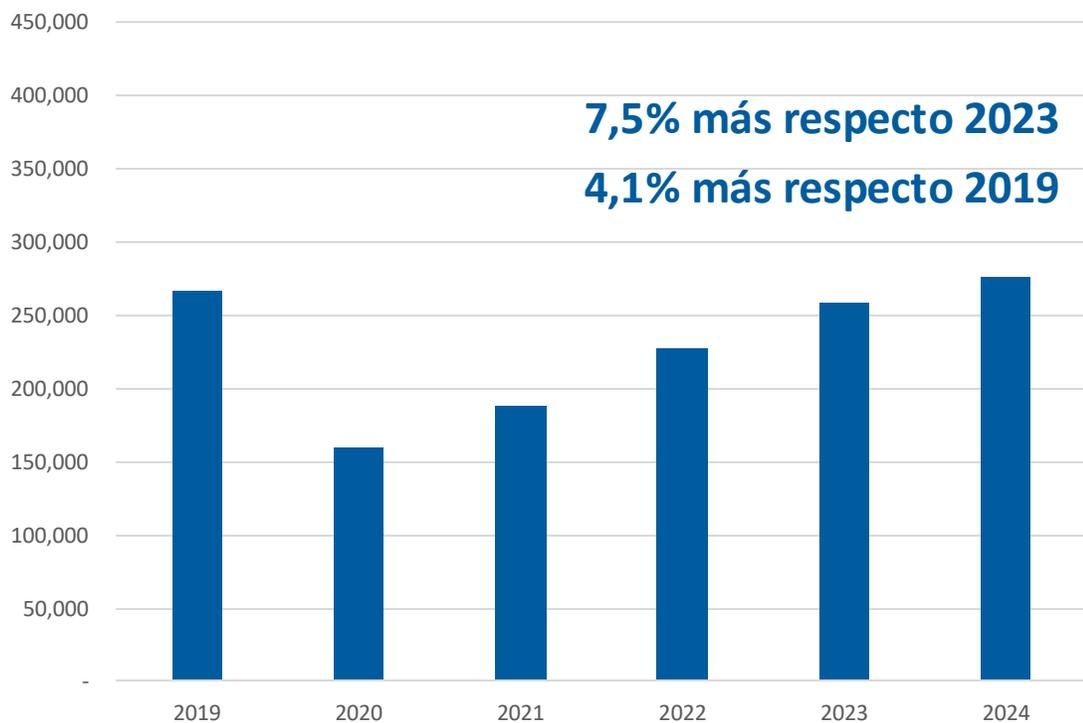
Fuente: DIPRES.

Modificación del proceso de incremento de marco en SIGFE (2019)

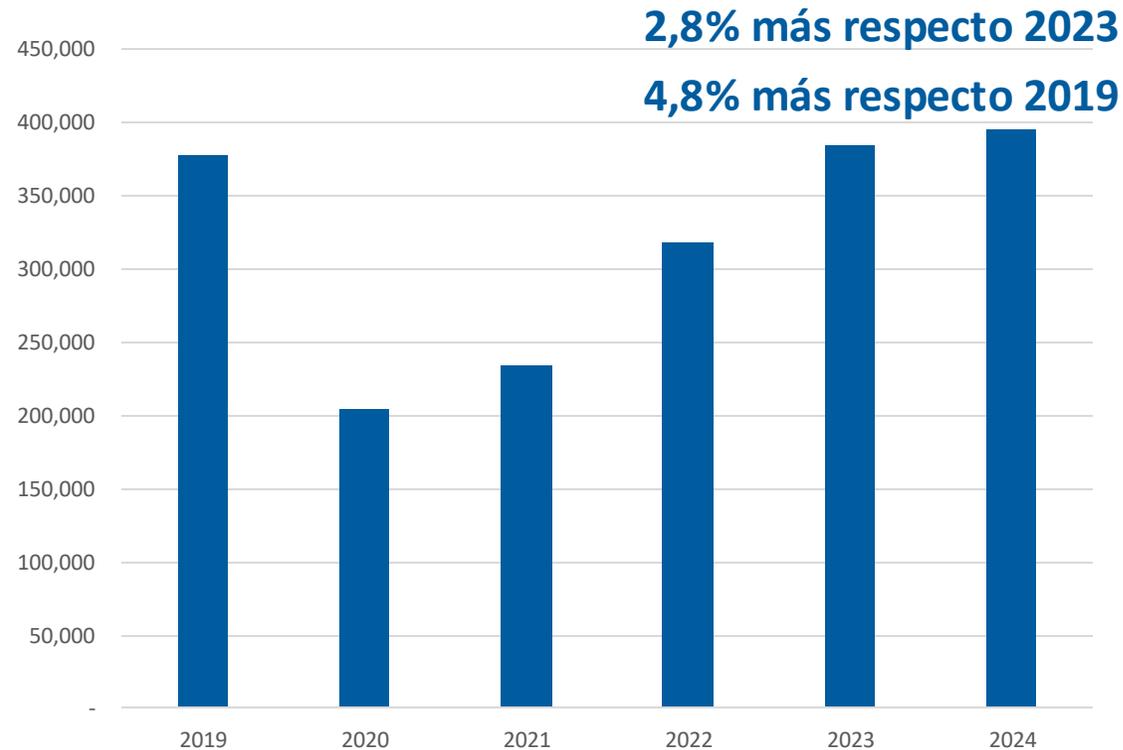
- La autorización de mayor marco de gasto en SIGFE pasó de ser gestionada de manera descentralizada por las instituciones, a ser gestionada de forma centralizada en virtud de los Decretos de Modificación Presupuestaria tomados de razón.
- Lo anterior implicó que los establecimientos de salud no pudiesen devengar facturas por sobre el marco de gasto autorizado en su presupuesto, dando fin a la Deuda Hospitalaria que se generaba todos los años entre los establecimientos de salud y sus proveedores.

En términos de consultas, el sistema ha ido recuperando hacia sus niveles 2019. Y en términos de intervenciones el sistema público ha aumentado su producción

Intervenciones quirúrgicas menores electivas
(a septiembre)



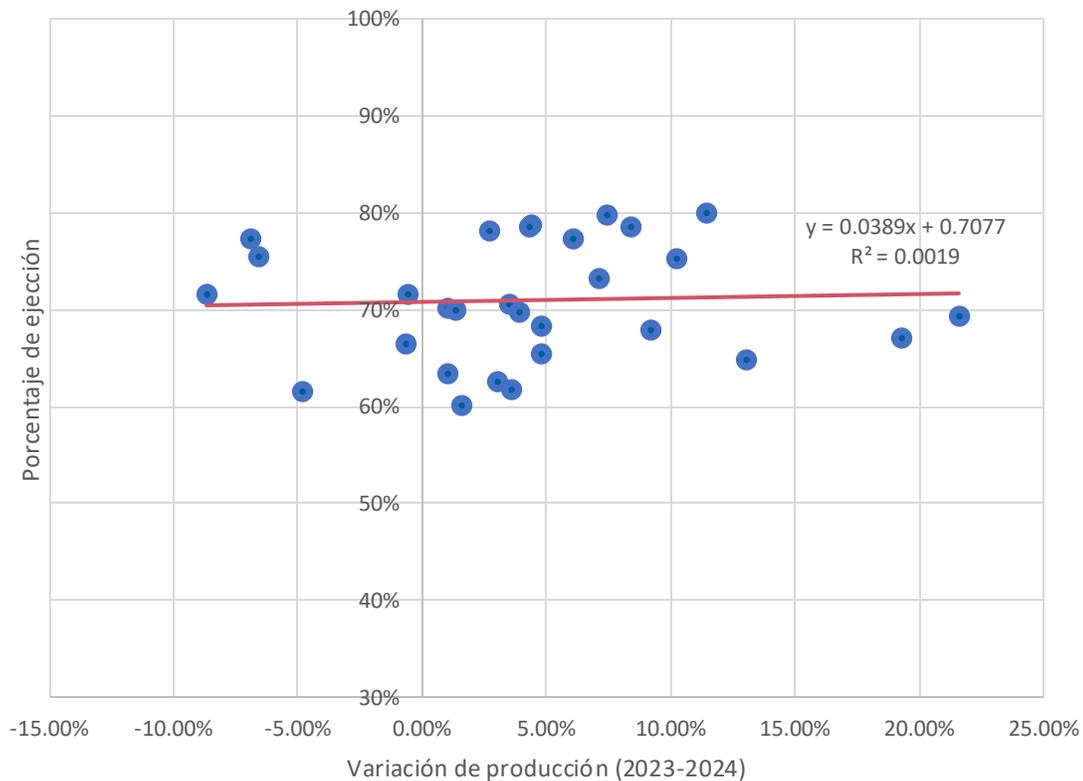
Intervenciones Quirúrgicas mayores electivas
(a septiembre)



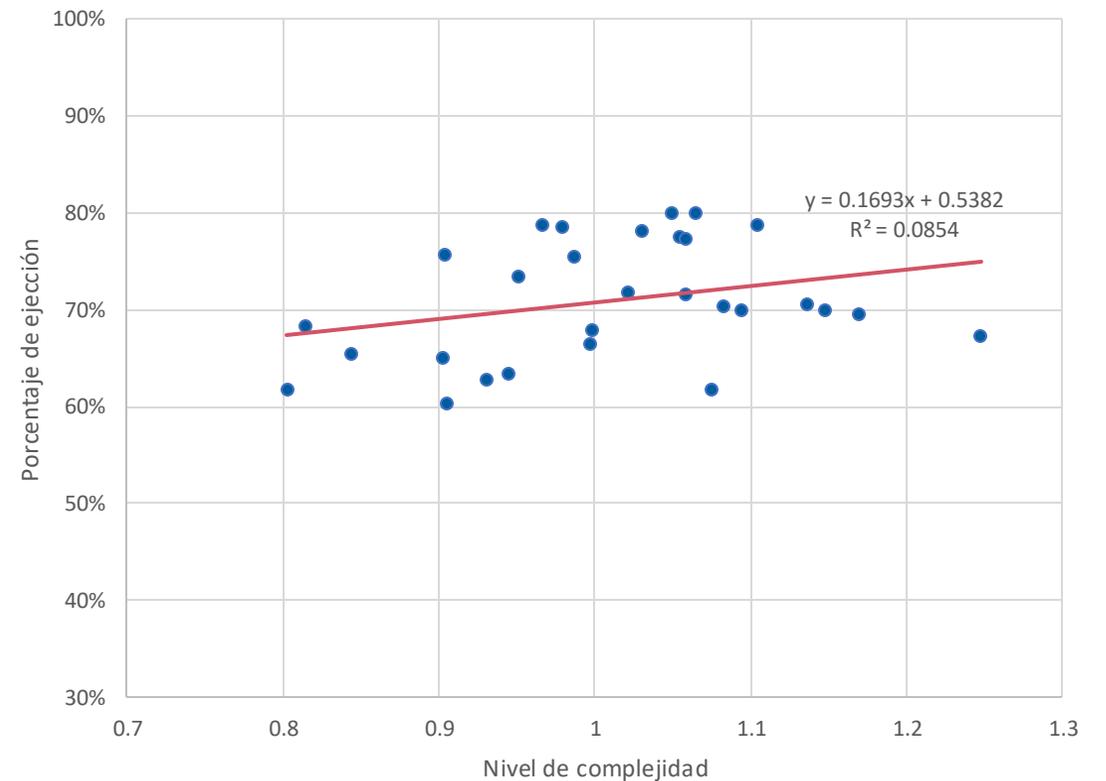
Fuente: REM BS/ Elaboración Depto. Planificación Presupuestaria y Gestión de la Información (fecha de extracción 23-10-2024)

La relación entre ejecución presupuestaria y variación de la producción o nivel de complejidad no es siempre directa y positiva para todos los servicios de salud. En la actualidad, es importante no generalizar y revisar caso a caso

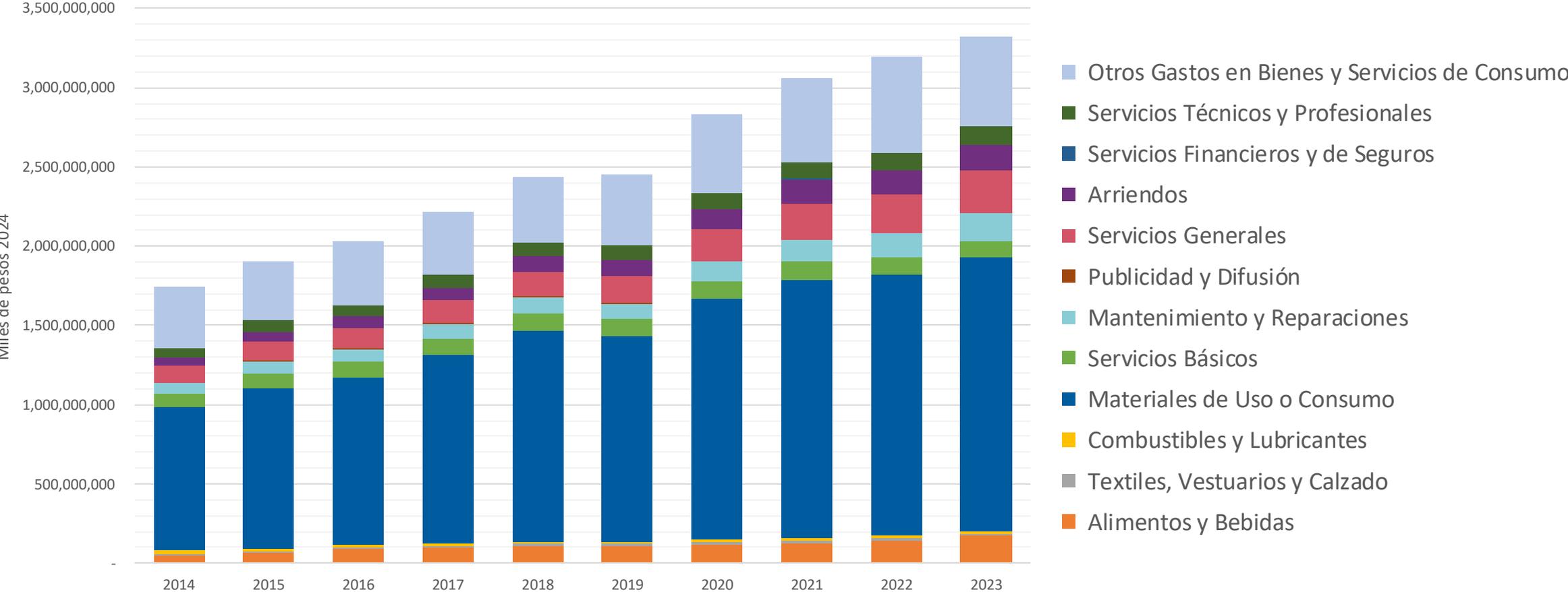
Variación de la producción versus ejecución presupuestaria en los SS



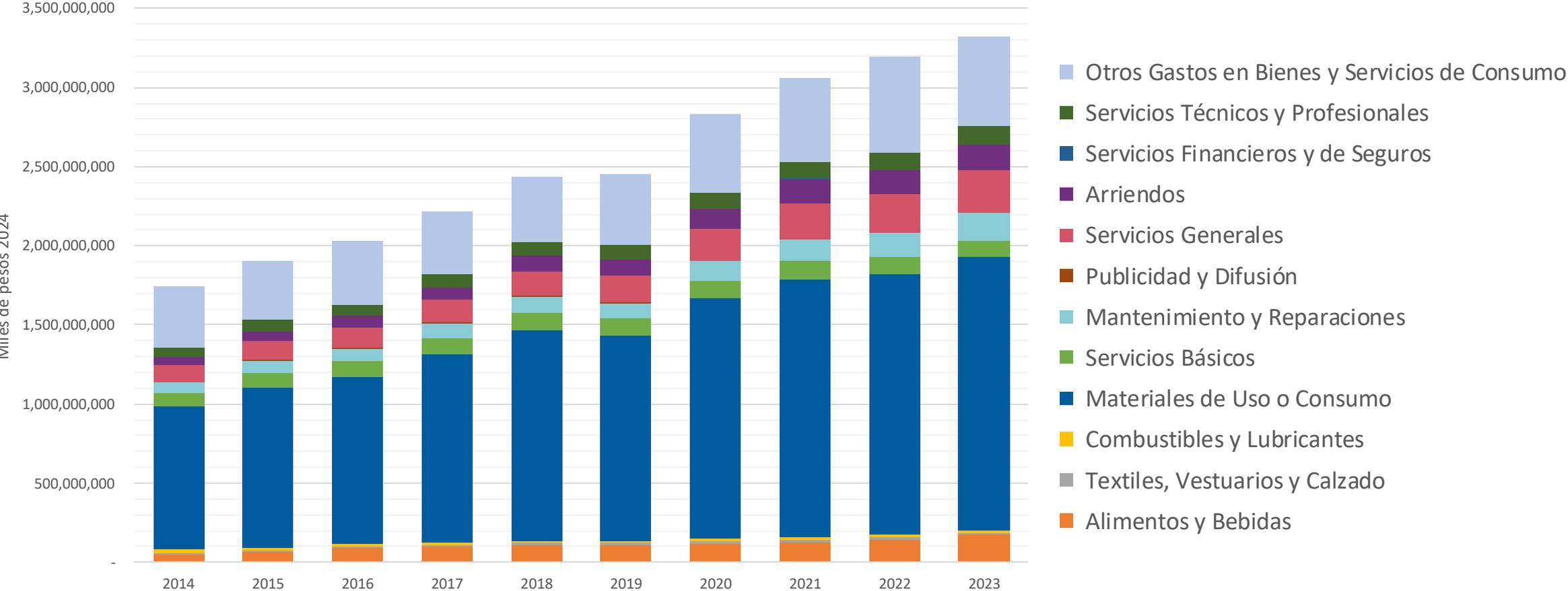
Complejidad versus ejecución presupuestaria en los SS



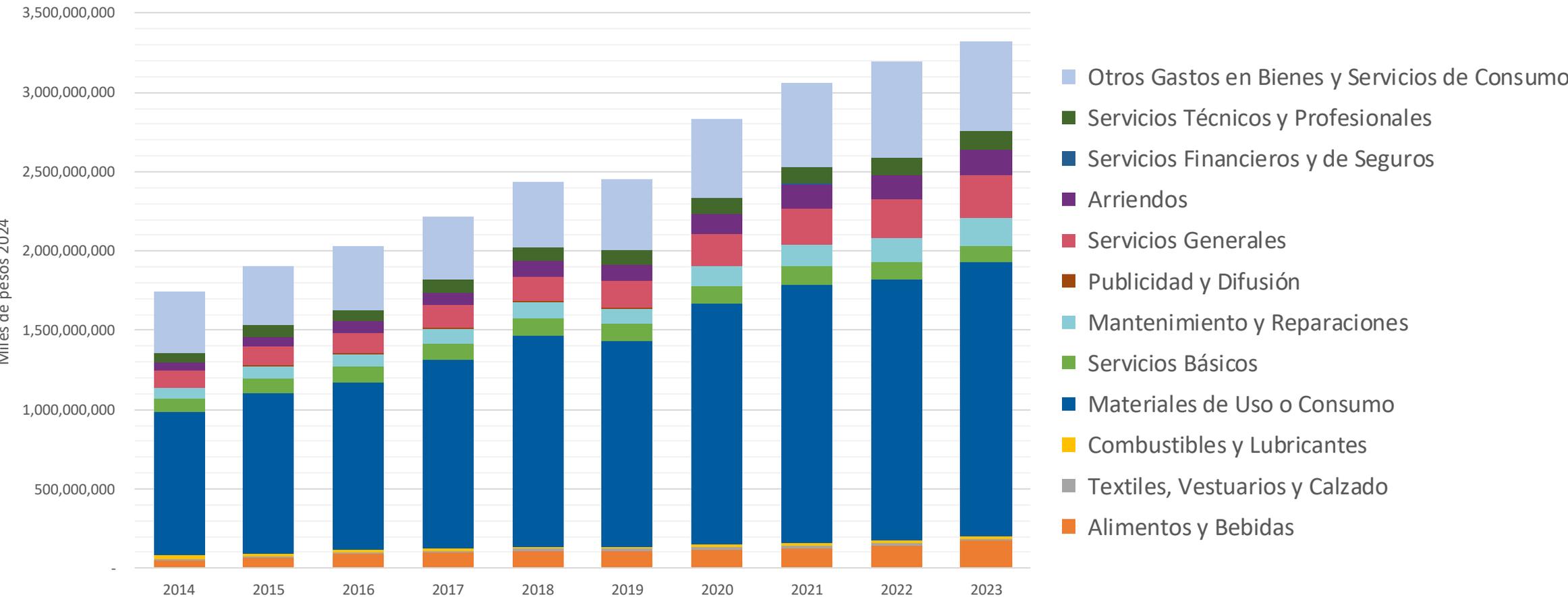
Estructura de costos de operación (sub.22) de servicios: Desde el año 2019 han aumentado en un 35% en total



Estructura de costos de operación (sub.22) de servicios: Más del 50% corresponde a gastos en materiales de uso y consumo, los cuáles han aumentado un 90% en los últimos 10 años

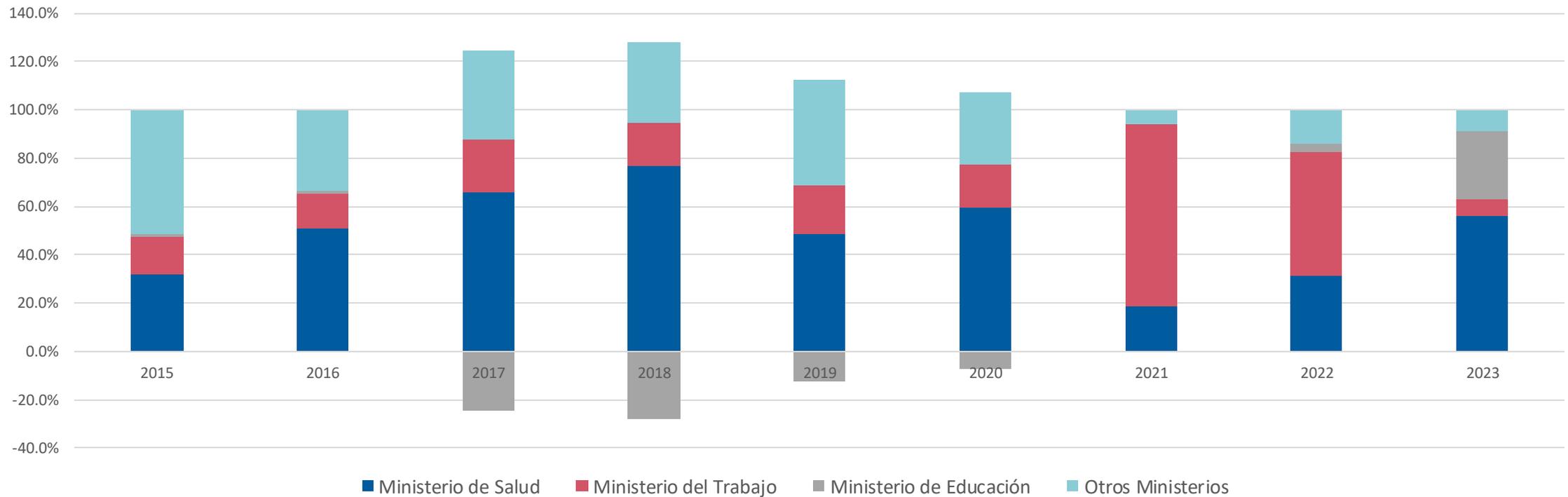


Estructura de costos de operación (sub.22) de servicios: El ítem Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo ha crecido en un 36% en promedio, con un mínimo de 4% y un máximo 101%



El esfuerzo fiscal año a año más relevante es de contener el presupuesto de salud en función del resto del presupuesto

Variación Porcentual Ejecución versus Ley Inicial 2015-2023



Notas: Leyes Iniciales 2021 y 2022 incluyen FET.
Fuente: Dipres.



¿Qué hacer?

Las mayores presiones del sistema requieren una combinación de acciones para lograr una adecuada asignación y ejecución de recursos en el sistema público de salud



Para afrontar la situación actual y futura, se deben combinar una serie de medidas para que cada peso invertido sea un peso invertido en bienestar social

**GRD y otras medidas de
productividad**

**Prevención
(fortalecimiento atención
primaria y vacunación)**

**Eficiencia en compras de
insumos y servicios**

**Afrontar ausentismo y
licencias médicas**

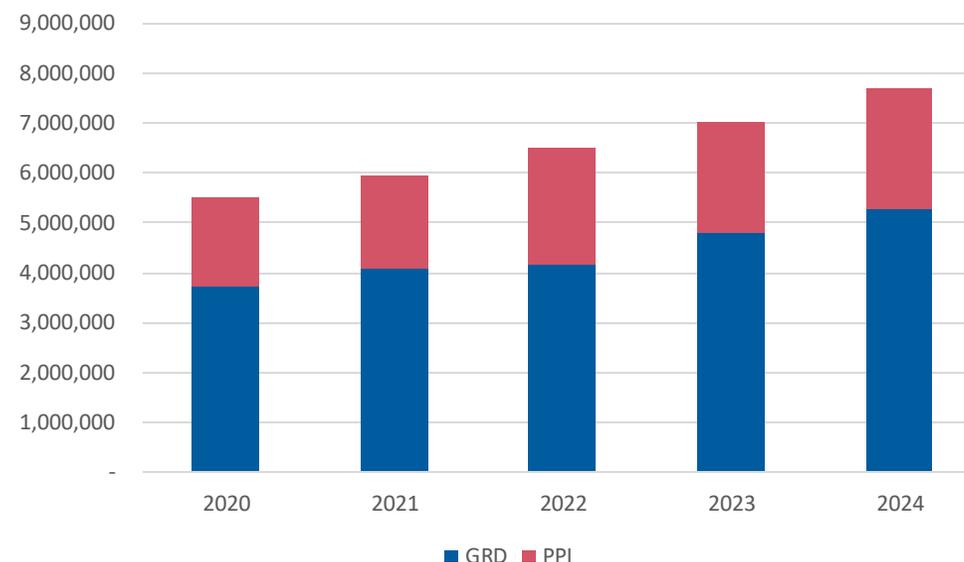
La importancia del financiamiento vía Grupo Relacionado de Diagnóstico

» El año 2020 se implementó el sistema de financiamiento por GRD. Posteriormente, en 2023 se implementaron dos cambios en los parámetros de este mecanismo de financiamiento GRD:

1. Operar con un precio base único.
2. Reconocer la complejidad derivada de la reorganización de la red asistencial, provocada principalmente por la pandemia Covid-19.

» Esta iniciativa se considera de normalización presupuestaria, ya que se reconoció el gasto que estaba siendo ejecutado por los Servicios de Salud en 2022, asociado a producción de egresos hospitalarios, pero cuyo financiamiento no estaba incorporado en la Ley de Presupuestos de dicho año. Lo anterior implicó \$220.041 millones adicionales en 2023, equivalentes a un 17% de aumento.

Distribución de recursos PPI y GRD - Ley inicial (MM\$ 2024)



Año	Establecimientos nuevos por año
2020	65
2023	3
2024	4
Total	72

Otras medidas de productividad

- Implementación de recomendación de estudio CNEP (2020) en Centros Regionales de Resolución (CRR):
 - Seguimiento y monitoreo. Elaboración de reportes de desempeño de los pabellones.
 - Pabellones exclusivos para Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)
 - Pabellones exclusivos para prestaciones definidas y rendimientos mínimos diarios.

- Hasta 2023: 58% de las recomendaciones implementadas de manera completa; 12% de manera parcial

- Resultados:
 - Los pabellones de los CRR producen más cirugías mayores ambulatorias (CMA) en comparación con pabellones de la Red Asistencial.
 - Mayores tasas de ambulatorización en CCR que en pabellones del resto de la red asistencial.



Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y
Gestión de Lista de Espera Quirúrgica NO GES

Cada peso invertido en APS podría ahorrar entre \$5 y \$10 de gasto en salud producto de prevención enfermedades, tratamiento temprano de enfermedades crónicas (tamizaje) y reducción de hospitalización

➤ En su estudio sobre APS de 2022, la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (CNEP) señaló que se deben abordar tres pilares: gestión, infraestructura y financiamiento de la APS.



- Estrategia de gestión y priorización de citas
- Herramienta de gestión de citas con múltiples canales
- Tamizaje en zonas de trabajo
- Mejoras en la elaboración de indicadores (IAAPS) y metas

➤ Trabajo conjunto con el Banco Mundial (Préstamo por Resultados)

➤ En octubre de 2024 se realizó un actualización y priorización de las recomendaciones propuestas en el estudio CNP (2022).



The World Bank

Chile: Program for Universal Primary Healthcare Coverage and Resilience (P179785)

Figure 1. Theory of Change

Challenges: (a) the epidemiological transition to NCDs; (b) fragmented nature of service delivery and inequities; (c) the insufficient quality of services; (d) the lack of clarity about the role of PHC for health system resilience to cope with public health emergencies and climate change, risks and (e) the need to improve the efficiency of payment mechanisms for PHC.				
Interventions	Output	Intermediate Outcome	Outcomes	Impact
Participation agreement signed / Design and implement a communication plan	Municipalities participating in the Universal PHC program increased (DLR 1.1)	Outreach: Newly Registered Population at the national level, increased (IRI)	Access for new & current population Participating municipalities with increased population receiving PHC services (DLI 1.2)	RA1: Coverage and quality of PHC PDO1-DU 3 Decrease in the rate of avoidable hospitalizations for patients with multimorbidity in participating municipalities
Telemedicine / extension of minimum services beyond regular business hours/ Digital appointment platform	Population receiving PHC services through telemedicine and during extended out-of-office hrs. / Digital appointments	Optimization: Reduction in the % of users who do not get a response in <72 hrs. when using the <u>TeleSalud</u> portal (IRI)	Improved quality and integration of care Participating municipalities with positive user experience amongst LGBTQIA+ community (DLR 2.2)	
Patient navigation program Training in GBV/Incorporate Sexual identity variables into surveys / Develop protocols for the inclusive care of LGBTQIA+ community Design a 'user experience' improvement plan	Available community health agents trained in GBV(DLR 2.1) Available health care workers trained in GBV (IRI) Sexual identity variables incorporated into survey	Health networks are strengthened: Community protocols for the inclusive care of LGBTQIA+ community developed (IRI)		
Comprehensive People-Centered Care strategy (ECICEP)	Population characterized per their risk Definition and inclusion of high-value health services	Risk-based care: Increase in the number of people using high-value health services (DLI 4)		RA2: Resilient PHC PDO= DLI 5.2 Participating municipalities have partaken in at least one drill for PHEs and climate change risks response
Design guide for surveillance and preparedness for PHE and climate change risks in Universal PHC/ Train personnel / Develop locally adapted plan	New ministerial guide for surveillance and preparedness for PHEs and climate change risks in Universal PHC (DLR 5.1)	Comprehensive surveillance, preparedness & response teams trained and appointed to monitor risks	Plans developed and available with risk mapping for PHEs and climate change as established in Law 21364 (IRI)	
Design new PHC infrastructure / Construct new PHC facilities	New PHC infrastructure model adjusted to the geographic distribution of the population, energy efficiency and climate resilience standards (DLI 6.1)	New PHC facilities available and operating according to the new PHC infrastructure model (DLI 6.2)	Adaptation and mitigation to climate change	
Revision of the costing of PHC services and health purchasing/ Design training program	Costing the PHC health benefit package preventive services (DLR 7.1) Updated PHC financial resource allocation mechanisms (DLI 7.2)	Municipal managers knowledgeable in crucial areas for PHC management (IRI)	Efficient spending and income in PHC adjusted according to epidemiological and health reality	RA3: Efficient and transparent PHC PDO3 = DLR 8.2 Participating municipalities with positive user experience
Internet for PHC in rural areas / Develop quality standards and data governance / Interoperability	Participating municipalities refer at least 70 percent of their patients through digital referral (IRI)	Clinical and decision making and timely management	Monitoring of process performance results, impact and user experience	
Design virtual health management platform / Train personnel	Virtual health management platform operational (DLR 8.1)	Citizens and decision-makers are trained and can engage		

En 2023 se solicitó a la Comisión Nacional de Evaluación y Productividad un estudio para analizar la eficiencia en la gestión de compras y manejo de inventarios de insumos médicos de parte de la red pública de salud.

» Hay oportunidades para **optimizar procesos de compras en F+DM:**

- Gasto altamente concentrado: **75% del gasto** explicado por el **16% de los hospitales**
- Se necesita una mayor estandarización en el uso de F+DM:
 - El **gasto por cirugías similares** puede **variar en más del 50%** entre hospitales. Relevante para cirugías de baja complejidad, que son estandarizables y parte importante de la lista de espera.
 - Heterogeneidad en canastas que utilizan los hospitales para prestaciones similares.

» Se identifican oportunidades para **mejorar la gestión de inventarios:**

- Registro (in/out) de productos en hospitales es **heterogéneo** (61% utiliza sistemas propios, 13% planillas Excel, 22% ERP, y 4% no posee sistemas de seguimiento).
- Más del **60% del stock** de **bodegas periféricas** podría **no estar inventariado** (bodegas periféricas pueden representar más del 40% del *stock* de un establecimiento)

Tabla 1.1. Gasto en fármacos y dispositivos médicos por tipo de intervención quirúrgica (CLP, 2023)

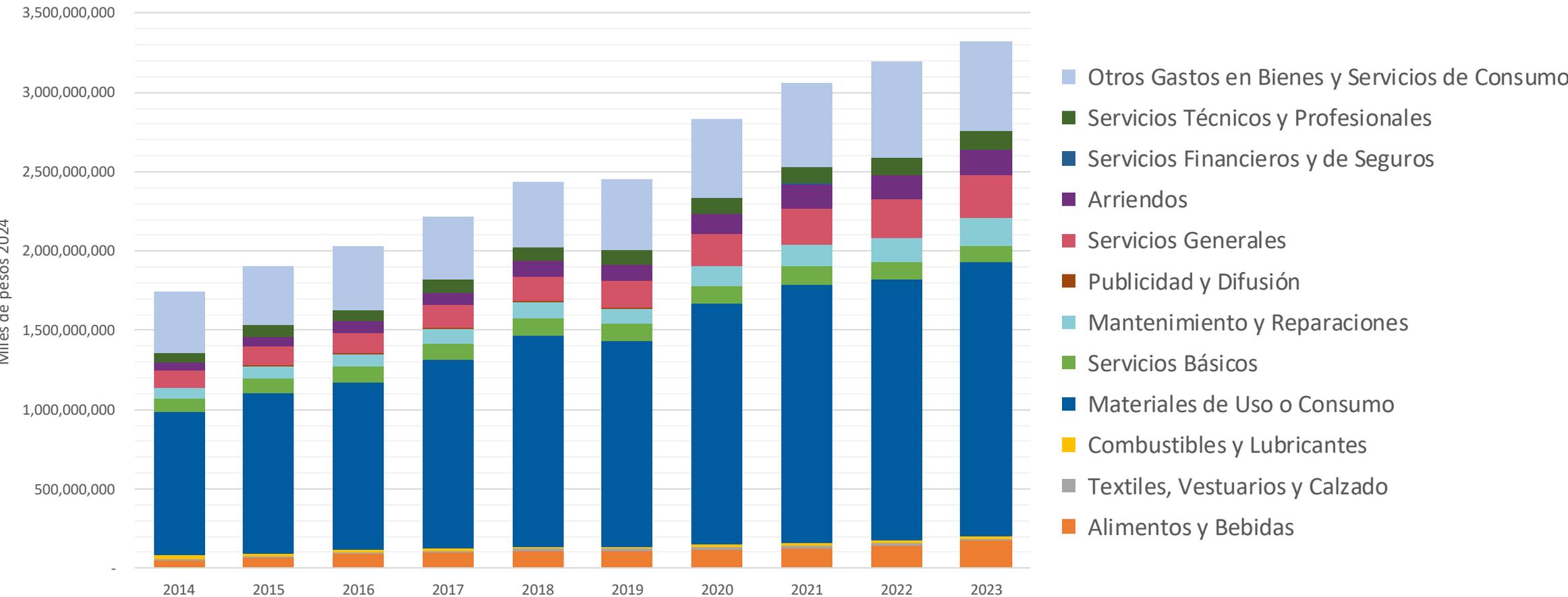
Tipo de intervención quirúrgica	Cantidad de Hospitales	Gasto en lista de insumos para intervención				
		Mínimo	P25	P50	P75	Máximo
Colecistectomía laparoscópica	16	139,373	228,822	323,236	472,601	784,707
Cirugía del túnel carpiano	12	47,579	64,416	89,036	175,516	455,244
Hernia inguinal laparoscópica	11	151,971	174,400	284,347	608,719	706,679
Amigdalectomía	12	76,954	123,055	172,663	222,668	605,727
Cirugía de cataratas	12	360,237	490,655	567,925	693,371	811,832

Fuente: Elaboración propia.



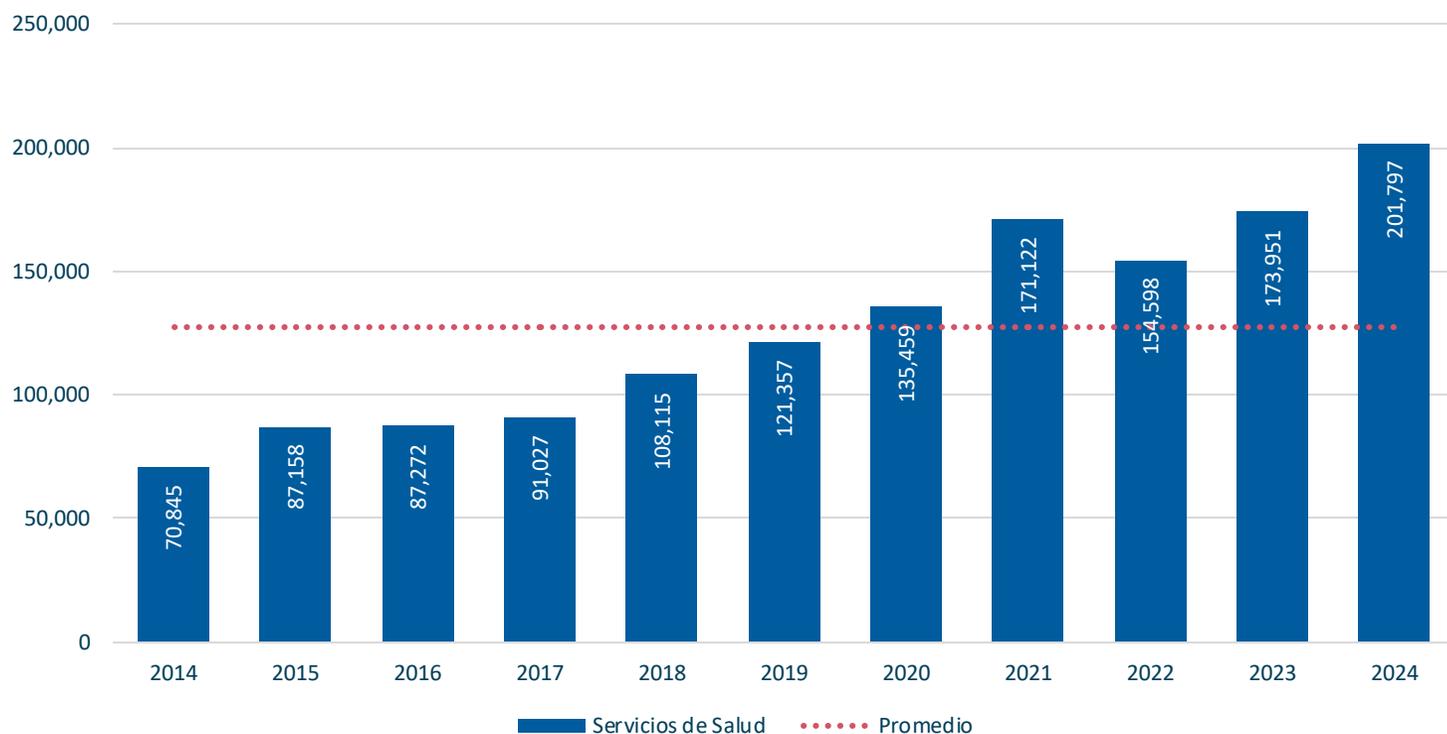
El estudio se publicó en noviembre y contempla 30 recomendaciones de corto y mediano plazo para mejorar la eficiencia

Estructura de costos de operación (sub.22) de servicios: El ítem Otros Gastos en Bienes y Servicios de Consumo ha crecido en un 36% en promedio, con un mínimo de 4% y un máximo 101%

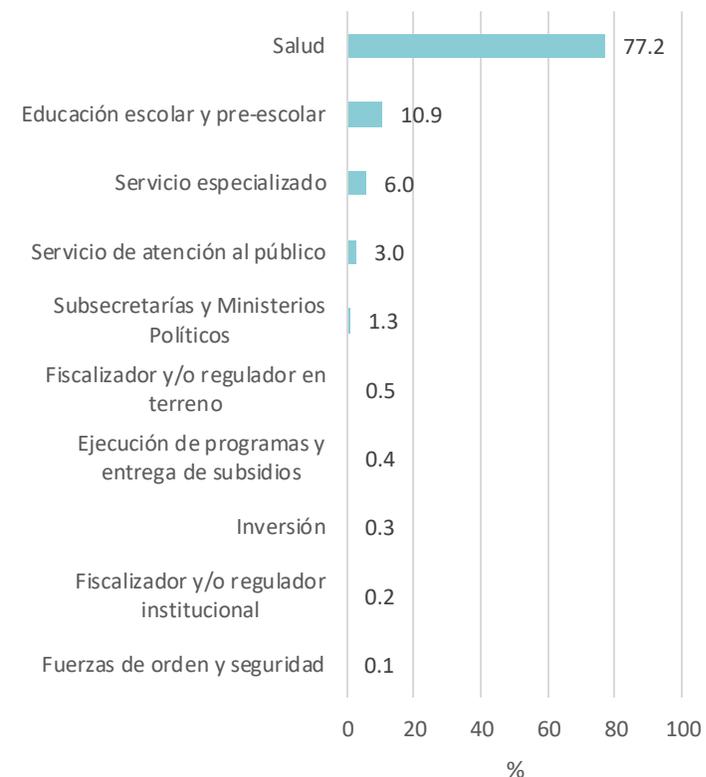


A partir del año 2024, los servicios de alto ausentismo tienen que trabajar en torno a planes para controlarlo. Esto se vuelve obligatorio en el año 2025

Ejecución acumulada reemplazos y suplencias Servicios de Salud (MM\$ 2024)



Gasto en suplencias y reemplazos según sector (% del total a octubre de 2024)



Fuente: Dipres. El año 2024 corresponde a la ejecución a Agosto.

Reflexiones finales

- » Las tendencias, tanto locales como mundiales, del gasto público en salud deben ser situadas en un contexto pos crisis del COVID-19 y en un escenario fiscal desafiante de consolidación y estabilización de la deuda pública.
- » En la gestión anual de la política fiscal, por lejos el sector salud juega el rol más preponderante: la normalización del presupuesto de salud, la adecuada planificación presupuestaria y el apego a los marcos de gasto son características que debemos instalar en el sistema.
- » En el corto plazo, existen medidas de eficiencia, productividad y control del gasto que están en implementación, pero necesitan un impulso de política de Estado para consolidarse. Parte de la mayor producción quirúrgica se explica por aquello.
- » Lo anterior, sumado al control del ausentismo del sector, permitirá también enfrentar de mejor manera los desafíos futuros, en un trabajo siempre colaborativo entre los ministerios de Salud y de Hacienda.

Gasto público en salud

Javiera Martínez Fariña
Directora de Presupuestos

17 de diciembre de 2024

