

Gasto en atención primaria en salud en dos gobiernos del Chile posdictatorial

Spending on primary healthcare in two government administrations in Chile since the dictatorship

Gasto en atención primaria en salud en dos gobiernos del Chile posdictatorial

Fabián Moraga-Cortés ¹
Thereza Christina Bahia ¹
Clara Aleida Prada ¹

doi: 10.1590/0102-311X00244719

Resumen

Desde la Declaración de Alma-Ata, en 1978, la atención primaria en salud (APS) está considerada un componente esencial de los sistemas de salud. En el caso chileno, la gestión de la atención primaria fue municipalizada durante la dictadura, y mantenida por los gobiernos posteriores con algunas reformas. El objetivo de este trabajo fue estimar y analizar el gasto en APS en Chile, durante los gobiernos de Sebastián Piñera y Michelle Bachelet. La recogida de datos financieros estuvo orientada por el Modelo de Cuentas Nacionales en Salud (CNS) y, posteriormente, los valores fueron deflactados según el Índice de Precios al Consumidor (IPC). La principal fuente de información fue el Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM). Los resultados muestran que durante el período hubo un aumento permanente del gasto en APS; no obstante, la media de variación porcentual fue un poco mayor en el primer gobierno que en el segundo. El porcentaje del gasto en APS, en relación con el gasto público en salud fue de un 21,4% para los ocho años, teniendo pocas variaciones. Los indicadores muestran que la desigualdad entre las regiones administrativas y de salud está ampliándose progresivamente. Por ello, los fondos destinados a financiar los servicios ofrecidos en atención primaria, aunque crecientes, posiblemente están siendo mal distribuidos. Todo ello, junto con otros problemas, como la mercantilización de los servicios y la desintegración de la red, perjudica la consolidación de la APS, sobre todo si se trata de un sistema de salud basado en seguros contributivos como el chileno.

Financiación de la Atención de la Salud; Atención Primaria de Salud; Gastos en Salud

Correspondencia

F. Moraga-Cortés
Universidade Estadual de Feira de Santana.
Av. Transnordestina s/n, Feira de Santana, BA 44036-900,
Brasil.
moraga1989@hotmail.com

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Brasil.



Introducción

Desde la Conferencia de Alma-Ata (Kazajistán, 1978), la atención primaria en salud (APS) está considerada la función principal y núcleo fundamental de los sistemas nacionales de salud, inseparable del desarrollo económico y social, espacio privilegiado para abordar los Determinantes Sociales de Salud y para promover la participación social, procurando disminuir las desigualdades sociales ¹. Posteriormente, varias declaraciones de órganos internacionales reafirmaron su importancia para la mejora de la salud de la población ^{2,3,4,5}. Investigaciones empíricas han descrito ampliamente las ventajas de la APS, independientemente del nivel de renta de los países ^{6,7,8,9}.

Las experiencias de algunos países en la región de las Américas también muestran los beneficios de políticas orientadas por la APS, tales como la caída de la mortalidad infantil, la reducción de las hospitalizaciones sensibles a la atención primaria, la menor utilización innecesaria de las salas de emergencia, entre otros ^{10,11,12,13,14,15,16}. Sin embargo, las tentativas de fortalecer la APS fueron obstaculizadas por la herencia de una protección social en salud fuertemente segmentada ^{17,18,19}, apuntando una vinculación entre sistemas de salud basados en seguros, públicos o privados, con poblaciones y cestas de servicios restringidas y una APS solamente selectiva ²⁰.

Chile posee un sistema que ha sido denominado como de carácter dual y financiado por seguros contributivos. Existe un subsector público, que otorga atención en salud a las personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud (FONASA) que, siendo mayoritario, cubre los segmentos de renta más baja. Por otro lado, existe un conjunto de seguros privados con fines lucrativos, denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que proporcionan cobertura a los estratos más favorecidos económicamente y con demandas de menor riesgo en servicios. El subsector público está financiado por las contribuciones sociales sobre la renta salarial, las aportaciones fiscales y los copagos de los propios afiliados; el subsector privado recibe fondos voluminosos procedentes de salarios y copagos. La provisión de los servicios, en el caso de los afiliados al FONASA, se da por medio de la red pública de hospitales y centros de atención primaria; las ISAPRE poseen convenios con clínicas privadas y varios tipos de profesionales. A pesar de ello, existen algunos convenios para la atención de los asegurados por parte del FONASA con prestadores privados. Los planes ofrecidos por las ISAPRE poseen, principalmente, servicios curativos no orientados por la APS.

La última reforma implantada en Chile se denominó Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE) y, posteriormente, denominada como Garantías Explícitas de Salud (GES). Esta reforma implantó la idea de priorización de los servicios de salud, al crear un conjunto de prestaciones de salud que poseen la obligatoriedad de otorgarse en plazos establecidos, tanto para los afiliados al seguro público, como para las ISAPRE. Considerando el año 2020, son 80 los problemas de salud “garantizados”. Algunas consecuencias negativas de la reforma han sido la desintegración de la red, al diferenciar entre patologías “auge” y “no auge”; la mayor privatización de los servicios, puesto que el sector público está obligado a comprar los servicios cuando se vulneran los plazos; además de una relegación de todas las demás patologías existentes.

En cuanto a la APS, el país desarrolló, en la primera década de los años 2000, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAISFC), orientado por tres principios: atención centrada en el usuario; integralidad de la atención; y continuidad del cuidado, además de nueve ejes que incorporan el contenido de Alma-Ata ^{21,22}. El nuevo modelo tuvo como antecedente la reconversión de las unidades de salud tradicionales en centros de salud familiar (CESFAM), desde 1997, conformando equipos multiprofesionales con población a cargo y prioridad en las acciones preventivas ²³.

Los instrumentos evaluativos informaron de un cumplimiento del 56% de los objetivos del MAISFC en nivel nacional, con peores desempeños en municipios pequeños, con población rural y mayor porcentaje de pobreza ²⁴. Existe incluso discordancia entre el nuevo modelo de APS, que se centra en la prevención y promoción, y la reforma AUGE-GES, puesto que esta última, se concentra en la resolución de un grupo limitado de enfermedades ²⁵.

También persisten importantes dificultades relacionadas con el proceso de municipalización implementado durante la dictadura, tales como la desintegración de la red de atención, el alto gasto administrativo, la persistencia de inequidades entre municipios pobres y ricos; y la precariedad de la infraestructura física y de los equipamientos de las unidades ^{26,27,28}.

La modalidad de financiación de la APS considera el nivel central de gobierno como la principal fuente de los recursos que se destinan para financiar los servicios; sin embargo, los municipios pueden realizar aportes financieros¹⁷. Las transferencias desde el nivel nacional a los órganos subnacionales se realizan, principalmente, a través de un cálculo per cápita de la población registrada en las unidades que es corregido por proxies de necesidades en salud. Ese mecanismo está regulado por una ley nacional. También existen otras vías de financiación que poseen fondos variables según el cumplimiento de indicadores¹⁸. Por otro lado, la provisión de los servicios generalmente se realiza gracias a órganos infranacionales (regiones de salud y municipios)¹⁷.

Tal y como apunta Coelho²⁹, aclarar los procesos de captación y gasto de los recursos constituye un elemento indispensable, para que la planificación y la gestión sea llevada a cabo mediante una racionalidad sanitaria destinada primordialmente a “producir salud”. Es innegable que la discusión en torno a la distribución de los recursos financieros, no es solo una cuestión técnica, puesto que se encuentra franqueada por el debate entre el paradigma liberal y social, cada uno de los cuales inspirados en concepciones que están en conflicto a cerca de la función del Estado³⁰. Más específicamente, situar la financiación de los servicios de salud como objeto de estudio es relevante para conocer la prioridad de las políticas que son anunciadas por el Estado.

Recientemente, en 2018, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sugirió que los países tengan un gasto en atención primaria de por lo menos un 30% de los recursos disponibles para salud³¹. No obstante, todavía no existe una evidencia contundente que permita concluir que los países estén dirigiendo sus esfuerzos en esta dirección.

Teniendo en vista los aportes presentados por la literatura, este estudio tuvo como objetivo analizar el gasto en APS en Chile, entre 2010 y 2017, siendo un caso prototipo de un sistema de seguros contributivos. La investigación buscó dimensionar los gastos destinados para financiar los servicios de atención primaria, proporcionados por los municipios y por las regiones de salud, evaluando su variación temporal. El estudio selecciona y compara dos coyunturas, que corresponden al primer gobierno del expresidente Sebastián Piñera (2010-2013) y al segundo gobierno de la expresidenta Michelle Bachelet (2014-2017).

Metodología

Se trata de un estudio de caso cuantitativo, descriptivo-analítico y retrospectivo. La recogida de datos financieros se orientó por el modelo de las Cuentas Nacionales en Salud (CNS – *National Health Accounts*), que adopta los principios del *Sistema de Cuentas de Salud* (SHA – *System of Health Accounts*) y la clasificación del *Clasificación Internacional de Cuentas Sanitarias* (ICHA – *International Classification for Health Accounts*). Este modelo, ya utilizado por el gobierno chileno para la construcción de sus cuentas, distingue el flujo de los recursos de una fuente (origen) hacia una entidad (uso) intermediaria o finalista, mediante la utilización de tablas³². El estudio empleó la primera tabla, que muestra el flujo de los recursos desde las fuentes hacia los agentes intermediarios (gestores). Se distinguieron fuentes entre nacionales y municipales, mientras los agentes correspondieron a municipios y regiones de salud.

La principal fuente de información financiera fue el Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM), plataforma que dispone de información sobre las diferentes funciones desarrolladas por los municipios. Durante el período, hubo cuatro municipios que no declararon los gastos al SINIM. Estos datos se obtuvieron de las cuentas públicas que los alcaldes presentaron a la comunidad o estimadas según la variación porcentual del período.

En el caso de los recursos asignados a las regiones de salud que no declaran sus gastos al SINIM, la información del gasto en atención primaria se obtuvo de las leyes presupuestarias del gobierno nacional para cada año. Este gasto no está desagregado por municipio, por este motivo, la desagregación del gasto en APS solamente se puede analizar hasta las regiones de salud.

La suma de los gastos gestionados por los municipios y por las regiones de salud conforman el gasto en APS. Para dimensionarlo se usó el gasto total con salud y el gasto público con salud; este último considera las contribuciones de los afiliados al seguro público y el aporte financiero del Estado. Los datos del año 2017 no estaban disponibles todavía, por este motivo se estimaron teniendo como base el valor del año 2016, incrementado por la media de inflación del período.

El gasto en APS también se relacionó con el gasto del gobierno general, con el gasto de los gobiernos municipales y con el Producto Interno Bruto (PIB). Los dos primeros son la suma de los gastos de todos los sectores, además de salud. Entiéndase que el gasto de los gobiernos municipales está contenido en el gasto del gobierno general³³. Las fuentes de esta información fueron el Departamento de Economía de la Salud (DESAL) del Ministerio de Salud, la Dirección de Presupuestos (DIPRES) y el Banco Central de Chile.

El cálculo del gasto en APS per cápita consideró tres tipos de población superpuesta: (1) población total; (2) población afiliada al seguro público de salud (FONASA) y; (3) población registrada en los establecimientos de atención primaria municipal. La primera corresponde a los habitantes totales de un determinado municipio o región; la segunda a las personas cubiertas por el sector público de salud, sin plan privado; la tercera, a las personas inscritas anualmente en los establecimientos de APS bajo gestión municipal. Esta última se empleó para calcular las asignaciones a los municipios.

Las fuentes para determinar los tres tipos de población fueron, respectivamente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE), FONASA y SINIM.

El análisis del gasto en APS se realizó para regiones de salud y regiones administrativas. Estas últimas forman parte de la división político-administrativa del poder ejecutivo y están lideradas por un intendente regional, que actúa como representante del presidente de la república en el territorio. En algunas de las regiones administrativas más pobladas, existen varias regiones de salud. Durante los años del estudio, había 16 regiones administrativas y 29 regiones de salud. Las regiones de salud se encargan de la gestión en red de los establecimientos públicos, incluyendo los servicios de atención primaria gestionados por los municipios.

El análisis de los datos financieros consideró la deflación de los valores, según el Índice de Precios al Consumidor (IPC) con valores referentes al año inicial de la serie considerada (2010), para anular el efecto de desvalorización del dinero. Para una comparación válida, los siguientes indicadores también fueron deflactados según el IPC: PIB, gasto del gobierno general, gasto de los gobiernos municipales, gasto total en salud, gasto público con salud.

En las tablas, los datos se expresaron en pesos chilenos (CLP). En el texto también serán especificados algunos valores de mayor interés comparativo en dólares americanos (USD). Para una mejor comprensión, el gasto en APS se representará en trillones, billones y millones de pesos (expresados en las tablas según el sistema norteamericano); las cifras per cápita solamente en pesos chilenos. El análisis consideró la media anual de variación porcentual. Como indicador de desigualdad, se consideraron las diferencias entre valores mínimos y máximos y las diferencias de las medias entre los deciles 1 y 10.

Resultados

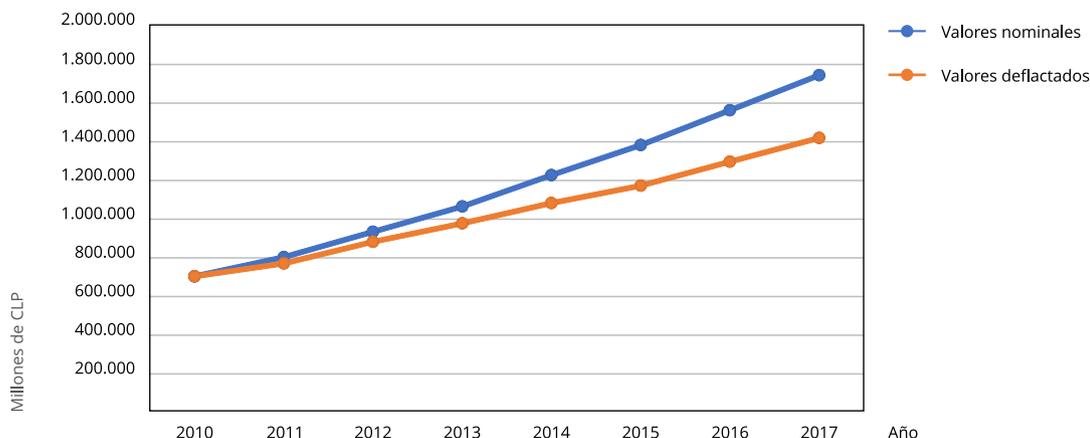
El gasto aumentó, en valores nominales, de CLP 702 billones (880 millones de dólares, al cambio del día 26/noviembre/2019), en 2010, hasta CLP 1,8 trillones, en 2017, implicando un aumento de 2,5 veces (Figura 1). En valores deflactados, el incremento fue de 2 veces, pasando de CLP 702 billones, al principio del período, hasta CLP 1,4 trillones. Este último cambio también puede ser expresado en un incremento porcentual del 102%. El gasto en atención primaria acumulado durante los ocho años de estudio, en valores deflactados, quedó en torno de CLP 8,3 trillones. De este total de recursos, 60% (CLP 5,0 trillones) fue gastado durante el gobierno de Michelle Bachelet y 40% (CLP 3,3 trillones) en el gobierno de Sebastián Piñera.

Considerando solamente los valores deflactados, la tasa media de variación fue de un 10,6% al año. El ritmo de crecimiento fue mayor durante el período del gobierno de Sebastián Piñera, registrándose una variación de un 11,6% al año. Entre 2010 y 2011, los gastos crecieron un 9,4%; entre 2011 y 2012, se presentó el mayor incremento del período analizado, de un 14,7%; y, entre 2012 y 2013, la tasa fue de 10,8%. Se destaca que, por estar localizado al principio de la serie, el cálculo de la variación durante el gobierno de Sebastián Piñera se basó en tres mediciones, siendo el año 2010 el momento inicial de los registros.

Durante el gobierno de Michelle Bachelet, la media de variación fue menor, situándose en un 9,8% al año. Entre 2013 y 2014, el ritmo de variación continuó con la tendencia de los años anteriores, situándose en un 10,7%. No obstante, entre 2014 y 2015, se registró el incremento más bajo del

Figura 1

Evolución del gasto en atención primaria en salud (APS). Chile, 2010 a 2017.



período, un 8,4%. En los años siguientes, la variación fue mayor, pero no consiguió aproximarse al nivel máximo del primer gobierno. Entre 2015 y 2016, el aumento fue de un 10,5% y, entre 2016 y 2017, quedó en un 9,5%.

La composición del gasto para el período 2010-2017, según fuentes y agentes, está mostrado en la Tabla 1. Las fuentes nacionales fueron mayoritarias, siendo cuantificadas en CLP 7,4 billones en los ocho años, lo que equivale a un 88,7% del total. Las fuentes municipales proporcionaron CLP 0,9 billón, representando un 11,3% del gasto en la atención primaria. Los municipios fueron los principales agentes, dado que gestionaron la mayor parte de los gastos – CLP 7,4 trillones - representando un 88,8% de los gastos; y las regiones de salud gestionaron CLP 0,9 trillón, representando un 11,2% del total.

Cabe destacar que el incremento del gasto en atención primaria también es observado en términos per cápita. El Figura 2 muestra la evolución del gasto en APS per cápita según la población total, población afiliada al FONASA y población registrada en los establecimientos de atención primaria municipal. La evidencia muestra que el gasto en APS per cápita según la población total es menor, al ser comparado con el gasto per cápita basado en el segmento que está afiliado al FONASA y lo que está registrado, dado que las dos últimas forman un subconjunto de la primera. En 2017, el gasto en APS per cápita calculado según la población total fue un 66% del gasto en APS per cápita, basado en el segmento registrado en las unidades de atención primaria municipal. Tal como se apuntó en la metodología, esta última constituye la base para una de las transferencias del Nivel Central a los municipios, a través del establecimiento de un valor per cápita que es ajustado por algunos proxies de necesidades de salud.

La Tabla 2 muestra el porcentaje del gasto calculado sobre PIB, gasto del gobierno general, gasto total con salud, gasto público con salud y gasto de los gobiernos municipales. Los gastos representaron un 3,3% del gasto del gobierno general para todo el período, pasando de un 2,7%, en 2010, a un 3,8%, en 2017. El gasto también fue cuantificado en 10,4% del gasto total con salud, lo que muestra un incremento de 9,3%, en 2010, hasta un 10,9%, en 2017. El gasto como proporción del gasto público con salud presenta el menor aumento entre los cuatro indicadores; pasó de 19,7%, en 2010, a 21,5%, en 2017, habiéndose quedado en un 21,4% para todo el período. La media de variación de este indicador fue solamente de un 1% al año, teniendo dos momentos en los que se registró una leve disminución; entre 2014 y 2015, cuando representó 22,1% y 21,7%, respectivamente; y, entre 2016 y 2017, cuando pasó de un 21,8% a un 21,5%. Por otro lado, el gasto se estimó en un 24,6% del gasto de los gobiernos municipales para los ocho años. Se registró un aumento, pasando de un 21,2% en 2010 a un 26,3% en 2017. El mayor incremento se observó entre 2010 y 2011, con un 21,2% y 26,3% respec-

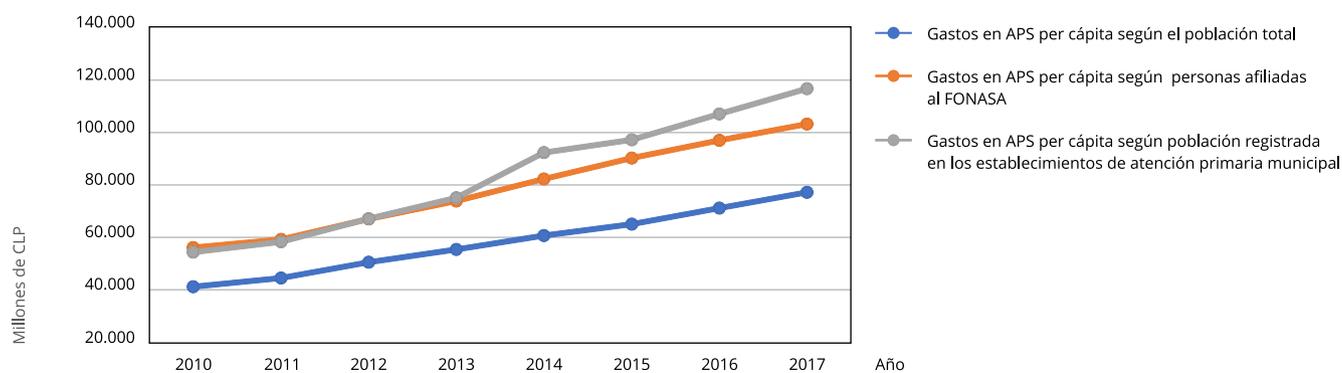
Tabla 1

Composición del gasto en atención primaria en salud (APS) según fuentes y agentes en valores deflactados. Chile, 2010 a 2017.

Años	Fuentes (millones de CLP)				Agentes (millones de CLP)			
	Nacionales		Municipales		Municipios		Regiones de salud	
	Gastos en APS	%	Gastos en APS	%	Gastos en APS	%	Gastos en APS	%
2010	627.128	89,3	74.814	10,7	624.238	88,9	77.704	11,1
2011	685.245	89,3	82.391	10,7	690.204	89,9	77.431	10,1
2012	786.880	89,4	93.552	10,6	774.071	87,9	106.362	12,1
2013	872.630	89,4	103.198	10,6	856.637	87,8	119.191	12,2
2014	961.407	89,0	119.001	11,0	953.703	88,3	126.705	11,7
2015	1.009.735	86,2	161.780	13,8	1.049.341	89,6	122.175	10,4
2016	1.142.533	88,2	152.530	11,8	1.150.627	88,8	144.435	11,2
2017	1.271.200	89,6	146.956	10,4	1.265.725	89,3	152.431	10,7
Total	7.356.758	88,7	934.222	11,3	7.364.546	88,8	926.434	11,2

Fuente: elaboración propia basada en el Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM - <http://datos.sinim.gov.cl/>).**Figura 2**

Gasto en atención primaria en salud (APS) per cápita según valores deflactados. Chile, 2010 a 2017.



FONASA: Fondo Nacional de Salud.

tivamente. La media de variación para los ocho años fue de un 3% al año. Los recursos para atención primaria tuvieron una mayor proporción en el nivel municipal que en el nivel nacional, durante el período analizado.

La Tabla 3 presenta indicadores de desigualdad de los recursos financieros para regiones de salud y administrativas. En 2010, el gasto per cápita de la región de salud con mayor gasto representó 2,5 veces los fondos destinados a la región con menor gasto, al tiempo que la relación entre el decil 1 y el 10 fue de 1,9 veces. El primer indicador aumentó progresivamente, hasta alcanzar, en 2017, 3,6 veces. La relación entre los deciles, incluso ampliándose progresivamente, tuvo un avance más leve; en 2017, 10% de las regiones de salud con mayores gastos tuvieron un gasto per cápita que representó 2,3 veces los recursos asignados a las regiones de salud con menor gasto.

Al analizar el gasto desagregado según las regiones administrativas, los datos muestran diferencias poco significativas entre las localidades de menor y mayor gasto per cápita, y menores cambios al

Tabla 2

Proporción del gasto en atención primaria en salud sobre gasto del gobierno general, gasto total en salud, gasto público en salud y gasto de los gobiernos municipales. Chile, 2010 a 2017.

Años	Nivel nacional				Nivel municipal Gasto en APS/gasto de los gobiernos municipales (%)
	Gasto público en salud/PIB (%)	Gasto en APS/gasto del gobierno general (%)	Gasto en APS/gasto total en salud (%)	Gasto en APS/gasto público en salud (%)	
2010	0,6	2,7	9,3	19,7	21,2
2011	0,7	2,9	9,7	20,6	23,6
2012	0,7	3,1	10,2	21,3	24,1
2013	0,8	3,3	10,4	21,7	24,9
2014	0,8	3,5	10,6	22,1	25,0
2015	0,9	3,5	10,5	21,7	24,8
2016	0,9	3,6	10,9	21,8	25,0
2017	1,0	3,8	10,9	21,5	26,3
Total	0,8	3,3	10,4	21,4	24,6

Fuente: elaboración propia basada en el Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM – <http://datos.sinim.gov.cl/>), Dirección de Presupuestos (DIPRES – <https://www.dipres.gob.cl/598/w3-propertyvalue-15407.html>) y Ministerio de Salud (MINSAL – <http://ies.minsal.cl/gastos/sha2011/indicadores/1>).

Tabla 3

Indicadores de desigualdad del gasto en Atención Primaria en Salud (APS) per cápita para regiones administrativas y de salud. Chile, 2010 a 2017.

Años	Regiones de salud		Regiones administrativas	
	Cociente mínimo/ máximo	Cociente d10/d1	Cociente mínimo/ máximo	Cociente d10/d1
2010	2,5	1,9	1,6	1,5
2011	2,7	1,9	1,7	1,5
2012	2,7	2,0	1,7	1,5
2013	3,2	2,1	1,8	1,6
2014	3,2	2,1	1,7	1,6
2015	3,3	2,2	1,7	1,6
2016	3,2	2,1	1,6	1,6
2017	3,6	2,3	1,9	1,7

Fuente: elaboración propia basada en el Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM – <http://datos.sinim.gov.cl/>).

comparar las cifras, entre 2010 y 2017. En el último año, la región administrativa con mayores gastos per cápita tuvo recursos que fueron 1,9 veces los destinados a la región administrativa con peor gasto per cápita, al tiempo que un 10% de las regiones con mayor gasto per cápita tuvieron asignaciones que representaron 1,7 veces las asignaciones a las regiones con menores recursos financieros per cápita.

Los dos indicadores empleados muestran, entre 2010 y 2017, una ampliación de las diferencias para las regiones administrativas con mejor y peor gasto per cápita. Tal comprobación sugiere que la asignación de recursos está siendo cada vez más desigual. Por otro lado, las diferencias de gasto tienden a aumentar cuando las asignaciones se desagregan en unidades de análisis menores; por ejemplo, en 2017, cuando el análisis considera regiones administrativas, la relación entre valores máximos y mínimos fue de una 1,9 veces; pero, sube a 3,6 veces si las asignaciones se diferencian en el nivel de las regiones de salud.

Discusión

Este estudio analizó el gasto en APS en dos gobiernos chilenos tras la dictadura: el primer gobierno del ex presidente Sebastián Piñera (2010-2013), constituido por una coalición de partidos políticos de centro-derecha; y el segundo gobierno de la ex presidenta Michelle Bachelet (2014-2017), de orientación centro-izquierda. Llama la atención la diferencia en el ritmo de gasto, dado que el gobierno de derecha aumentó el gasto en APS más que el gobierno de izquierda. No obstante, es necesario entender que la curva de crecimiento de la financiación sectorial impone, por su propia dinámica, restricciones de crecimiento, puesto que la tendencia de la tasa es de desaceleración tras alcanzarse un cierto punto.

Por otro lado, la sociedad chilena posdictatorial se caracteriza por la despolitización de la vida pública y por la masificación del consumo, basado en el crédito como medio de integración social ³⁴. De esta forma, la discusión en torno a los fines sociales pasó a ser dictada por el discurso económico hegemónico, de clara orientación neoliberal y tecnocrática. En este contexto, las categorías de izquierda y derecha, entendidas de la forma tradicional, dejaron de ser un factor diferenciador de las políticas sociales.

El incremento del GAPS, en valores nominales, cuantificado en este estudio (2,5 veces) fue menor que en los resultados de Debrot & Ibáñez ³⁵, que observaron un incremento de 3,3 veces, considerando los valores nominales, entre 2003 y 2013. Se trata de un período diferente del analizado en este trabajo, no obstante, la comparación con un período más amplio muestra que el incremento de 2,5 veces fue menor que el observado en años previos. La DIPRES, que es la institución encargada de la programación financiera del gobierno nacional, cuantificó la evolución del valor per cápita empleado para calcular las asignaciones a los municipios, estableciendo un 5% de incremento, entre 1997 y 2004. Sin embargo, esta cifra aumentó hasta un 9% durante la discusión de la reforma AUGE-GES, aprobada en 2005 ³⁶. Posiblemente, ya pasados casi 20 años de la aprobación de la reforma, el ritmo de crecimiento disminuyó, lo que explica el menor incremento estimado en este estudio.

La variación de un 10% al año observada en esta investigación fue menor que la cifra informada por la DIPRES (14%) ³⁶. Este cálculo realizado por la institución de gobierno abarcó el período de 1990 hasta 2012; asimismo, no incluyó las aportaciones procedentes de las fuentes municipales. A pesar de estas diferencias metodológicas, se puede afirmar que el ritmo de crecimiento evidenciado en este estudio fue menor que el observado en las décadas de los 90 y 2000.

Según el mismo órgano, en 2012, el gasto en APS representó un 20% del GPS ³⁶. La cifra calculada en este estudio, para el mismo año, fue similar (21%). La proporción del gasto en APS sobre el gasto total con salud se cuantificó en un 10,4% para todo el período. Estas cifras muestran la poca prioridad de la APS en la distribución nacional de los recursos y muestra que el país todavía está lejos de cumplir con la orientación de la OPS para que las naciones de la región gasten, por lo menos, un 30% de los recursos en la APS ³¹. Este incumplimiento, a su vez, va en contra de la evidencia internacional, que señala que sistemas con una atención primaria robusta consiguen resolver de un 80% a un 85% de los problemas de salud en este nivel de atención, convirtiendo el gasto en la APS en una inversión estratégica de los recursos que las naciones disponen para el sector ³⁷.

Evidentemente, esta contradicción entre el nivel del gasto en APS y la importancia sanitaria de la APS es solamente uno de los factores que dificultan su consolidación. Chile presenta los obstáculos que han sido informados mundialmente para el desarrollo de la APS: hospitalocentrismo, fragmentación de las acciones, y mercantilización de los servicios ^{38,39,40}. Por otro lado, la educación médica está excesivamente concentrada en la formación de especialistas en el ámbito hospitalario y existen resistencias de los actores educativos al cambio de ese paradigma ⁴¹.

La diferencia entre un gasto en APS per cápita basado en la población total, menor que el gasto per cápita basado en la población registrada en las unidades de APS, forma parte de las distorsiones acarreadas por los sistemas de seguros de salud. Tal forma de cálculo, denominada como "capitación ponderada" se propuso para Brasil por parte del gobierno del presidente Jair Bolsonaro, con la diferencia de que el Sistema Único de Salud (SUS) es universal y está regido por leyes diferentes de aquellas que mantienen el sistema chileno ⁴².

Los sistemas de salud que promueven el libre mercado, entre ellos, el chileno, poseen dificultades mayores para la expansión de la APS, dada la composición público-privada de la red de prestadores

y la segmentación de la población perteneciente a los diversos tipos de seguros ^{43,44}. La separación entre prestación y financiación de servicios de salud se apunta como un desafío para la construcción de redes de servicios de salud coordinadas por la APS ⁴⁵. En el caso chileno, esta separación está representada por una red pública de salud que intenta expandir políticas de fortalecimiento de la APS, a ejemplo del MAISFC, dentro de la lógica de financiación propia de los seguros de salud. Esto provoca que la asignación de los recursos financieros sea estimada según la población registrada en los establecimientos de atención primaria municipal y no por la población residente en un determinado municipio o región. Al mismo tiempo, existen políticas que permiten el acceso “condicionado” a los servicios de salud en la atención primaria para toda la población, inclusive para las personas afiliadas a los seguros privados, los ya mencionados ISAPRE. Ejemplo de estas políticas es el Programa Nacional de Inmunizaciones, de carácter universal y financiado con fondos públicos ⁴⁶. Otro caso corresponde a las mujeres embarazadas y niños menores de seis años de edad, puesto que tienen garantizada legalmente la atención, independientemente del tipo de seguro de salud que posean ⁴⁷. Estos grupos pueden ser atendidos en los dispositivos de atención primaria solamente cumpliendo los requisitos establecidos, sin embargo, por no formar parte de la población registrada en los establecimientos de atención primaria municipal, estos servicios no son financiados por las transferencias realizadas del nivel nacional a los municipios. En el caso de la población migrante, que generalmente no forma parte de la población registrada en los establecimientos de atención primaria municipal, se añaden las múltiples dificultades administrativas para ofertar servicios a migrantes irregulares sin registro migratorio y para la planificación efectiva de las acciones de salud ⁴⁸.

Asimismo, algunos de los servicios preventivos y de promoción de la salud incluidos en el MAISFC deben ser proporcionados para toda la población de los territorios. Así, en la práctica, la existencia de la población registrada en los establecimientos de atención primaria municipal incentiva la focalización de los servicios solamente en la población registrada, puesto que son esas las personas consideradas en el cálculo de las asignaciones. De esta manera, las atenciones no curativas no se priorizan, puesto que no tienen mecanismo de financiación que garanticen los recursos necesarios para ofertar esos servicios.

Consecuentemente, las distorsiones generadas por la diferenciación entre la población total, y el subconjunto que es registrado en las unidades de salud, provocan que los servicios administrados por los municipios y por las regiones de salud proporcionen servicios para una población mayor que la empleada para el cálculo de las asignaciones financieras. Esta situación promueve la subfinanciación de la atención primaria, dificulta la continuidad del cuidado y la territorialización de la red de los servicios, que son atributos fundamentales de los sistemas de salud que ponen énfasis en la APS ⁷.

Por otro lado, llama la atención la alta proporción del gasto en APS en relación con el gasto de los gobiernos municipales. Chile se caracteriza por ser un país con baja descentralización de los recursos financieros. Horsh ⁴⁹ estableció que en Chile el gasto de los gobiernos municipales representa un 12% del gasto del gobierno general, siendo una cifra menor en comparación con otros países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que tiene una media de un 30%. Siendo así, el bajo gasto de los gobiernos municipales provoca que la proporción del gasto en APS sea alta, dado que los recursos asignados del nivel central a los municipios se contabilizan dentro del gasto del gobierno general.

Es preocupante la constatación de que las diferencias entre las regiones con altos y bajos gastos están ampliándose, generando dudas razonables en relación con la equidad en la distribución territorial del gasto en APS. A pesar de que esa evidencia no es suficiente para afirmar su contribución a la consolidación de las inequidades, otorga un primer reto para su estudio posterior. Es relevante la realización de estudios que consideren proxies de necesidades de salud en el nivel municipal o regional, para establecer si en los lugares con menor gasto en APS per cápita existen mayores necesidades de salud, o viceversa.

Otro estudio estimó, a través de la misma metodología de esta investigación, el gasto en APS en 36 países de renta media y media baja, llegando a establecer una variación de entre USD 15 y USD 60 per cápita, entre los años 2011 y 2016, dependiendo del uso de las ocho clasificaciones consideradas por los investigadores ⁵⁰. La mayoría de los países incluidos en esta investigación poseen un PIB per cápita mucho más bajo que el chileno, por lo que el diferente nivel de desarrollo económico dificulta una comparación confiable.

Este estudio evidenció que el ritmo de crecimiento, en el transcurso del período analizado, fue menor que el de los informes de otras investigaciones que consideraron décadas anteriores, lo que lleva a la conclusión de que la expansión presupuestaria de la APS estaría disminuyendo. El estudio también halló que el país todavía está lejos de alcanzar el nivel mínimo establecido por la OPS para el gasto en atención primaria. En otra perspectiva, se sugiere que la asignación del gasto para los diferentes municipios, regiones de salud y regiones administrativas, no está siendo orientada para mejorar el nivel de equidad del sistema de salud.

Estas evidencias son todavía más pertinentes teniendo en vista el momento actual del país, marcado por la movilización de la sociedad civil contra la mercantilización de los derechos sociales. De hecho, la presión social ha forzado a los sectores conservadores en el sentido de la elaboración de una nueva constitución. En este contexto, organizaciones sociales de salud demandaron la creación de un sistema universal de salud, basado en la prevención y promoción, mediante una fuerte expansión presupuestaria de la APS ⁵¹. No obstante, es preocupante que entre académicos sanitaristas no haya consenso sobre la necesidad de un sistema universal de salud, concepto que tiende a mezclarse con un sistema de seguro único ^{52,53}. La construcción de un sistema universal de salud no ha formado parte de las pocas oportunidades de transformación del sistema en los últimos años ⁵⁴. Todo lo anterior expone el peligro de la confusión en las estrategias de lucha adecuadas para una APS de gran alcance, puesto que una adecuada conceptualización sobre el papel de la APS en los sistemas universales de salud es necesaria para la movilización de los actores sociales, en pro de una atención primaria robusta con recursos suficientes y adecuados, tal y como fue concebida en Alma-Ata.

Conclusión

Los resultados obtenidos se muestran útiles para orientar a los tomadores de decisión en el nivel nacional, así como a los gestores municipales, pudiendo ser discutidos en las instancias de planificación que son organizadas por las instituciones del sector salud. Asimismo, las mismas conclusiones se muestran valiosas para validar las demandas de movimientos sociales en el ámbito de la salud, tendientes a consolidar una efectiva expansión de la APS.

Entre las fortalezas de este estudio, está el hecho de que se basa en la metodología de las CNS, que permitió la recogida de información financiera distinguiendo entre fuentes y agentes. Esto es relevante, puesto que los informes de la DIPRES consideran solamente fuentes nacionales. Entre las limitaciones se encuentran varias dificultades para establecer comparaciones internacionales en torno al gasto, ya que cada país posee combinaciones específicas entre fuentes y agentes.

Finalmente, este estudio comprobó que las diferencias del gasto en APS entre gobiernos son mínimas. Desde este punto de vista, se sugiere que otros estudios consideren no solamente los cambios en las coaliciones de los gobiernos, sino también la comparación de políticas que intervengan en la APS. En el caso chileno, la implantación del MAISFC, o de la reforma AUGE-GES, constituyen buenos casos para futuras investigaciones.

Colaboradores

F. Morada-Cortés, T. C. Bahia y C. A. Prada ha contribuido a la concepción de la idea de investigación, elaboración del proyecto, recogida y análisis de datos, redacción del trabajo original, y aprobación de la versión final.

Informaciones adicionales

ORCID: Fabián Moraga-Cortés (0000-0001-6207-5882); Thereza Christina Bahia (0000-0003-4787-4103); Clara Aleida Prada (0000-0002-4686-2197).

Referencias

1. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en (accedido el 12/Ene/2018).
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/197241> (accedido el 01/Ago/2017).
3. Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965 (accedido el 14/Ene/2017).
4. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. <https://issuu.com/researchforhealth/docs/name9d6374> (accedido el 12/Ago/2018).
5. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Astana sobre atención primaria de salud: desde Alma-Ata hasta la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf> (accedido el 22/Dec/2018).
6. Starfield B. Atenção primária e sua relação com a saúde. In: Starfield B, organizador. Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002. p. 19-42.
7. Starfield B. Sistemas de atenção primária em nações ocidentais industrializadas. In: Starfield B, organizadora. Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002. p. 565-96.
8. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *Gac Sanit* 2012; 16:20-6.
9. Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA, et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet* 2008; 372:950-61.
10. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Pública* 2018; 42:1-6.
11. Aquino R, Oliveira N, Barreto M. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health* 2009; 99:87-93.

12. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil. The role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brasil). *Med Care* 2011; 49:579-84.
13. Hone T, Rosella D, Barreto M, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Med* 2017; 14:e1002306.
14. Rosella D, Aquino R, Barreto M. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and the reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health*. 2010; 10:380.
15. Almaguer M, Herrera R, Alonso J, Magrans C, Mañalich R, Martínez A. Primary health care strategies for the prevention of end-stage renal disease in Cuba. *Kidney Int Suppl* 2005; (97):S4-10.
16. Guttman A, Lam K, Shipman S, Goodman A. Primary care physician supply and children's health care use, access, and outcomes: findings from Canada. *Pediatrics* 2010; 125:1119-26.
17. Giovanella L, Almeida PF, Romero RV, Oliveira S, Tejerina H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde Debate* 2015; 39:300-22.
18. Giovanella L, Almeida PF. Atención primaria integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad Saúde Pública* 2017; 33 Suppl 2:e00118816.
19. Giovanella L, Romero RV, Tejerina H, Almeida PF, Ferreira G, Goede H, et al. Atención Primaria en Salud en Suramérica: ¿Reorientación hacia el cuidado integral? In: Giovanella L, organizadora. *Atención primaria en salud en Suramérica*. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde; 2015. p. 23-58.
20. Labonté R, Sanders D, Baum F, Schaay N, Packer C, Laplante D, et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2009; 8:14-29.
21. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. http://buenaspracticaps.cl/wp-content/uploads/2013/11/Orientaciones-para-la-implementacion-del-Modelo-de-Atenci%C3%B3n-Integral-de-Salud-Familiar-y-Comunitaria_DIVAP_2013.pdf (accedido el 12/Ene/2018).
22. Dois A, Bravo P, Soto G. Atributos y características de los principios orientadores del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria desde la perspectiva de expertos en APS. *Rev Med Chile* 2017; 145:879-87.
23. Téllez A. Atención primaria: factor clave en la reforma de salud. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2006; (Temas de la Agenda Pública, 2).
24. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas M, et al. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Rev Panam Salud Pública* 2018; 42:e160.
25. Bass del Campo C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave* 2012; 12:e5571.
26. Montoya-Aguilar C. Atención primaria de salud. Alma-Ata una otra vez y la experiencia de Chile. *Cuad Méd-Soc (Santiago de Chile)* 2008; 48:147-54.
27. Sepúlveda C. El significado histórico de la reforma de la atención de salud en Chile. *Cuad Méd-Soc (Santiago de Chile)* 2004; 43:21-36.
28. Goic A, Armas R. Descentralización en salud y educación: la experiencia chilena. *Rev Med Chile* 2003; 131:788-98.
29. Coelho TC. O desafio de planejar e gastar em saúde. In: Coelho TC, Teles AS, Ferreira MPS, organizadores. *Financiamento do SUS, abrindo a caixa preta*. Feira de Santana: UEFS Editora; 2016. p. 9-12.
30. Globekner OA. A saúde entre o público e o privado, o desafio da alocação social dos recursos sanitários escassos. Curitiba: Jurúa Editora; 2011.
31. Organización Panamericana de la Salud. "Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata". Informe de la Comisión de Alto Nivel. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50960> (accedido el 19/Oct/2019).
32. Partners for Health Reformsplus. *Understanding national health accounts: the methodology and implementation process*. Bethesda: Primer for Policymakers; 2003.
33. Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda. Estadísticas de las finanzas públicas 2008-2017. http://www.dipres.gob.cl/598/articles-174525_doc_pdf.pdf (accedido el Oct/2019).
34. Moullian T. Chile actual, anatomía de un mito. Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2002. (Colección Escafandra).
35. Debrot D, Ibáñez C. Análisis y propuesta de financiamiento de la atención primaria de salud municipal. <https://www.achm.cl/index.php/documentos/file/514-analisis-y-propuesta-de-financiamiento-de-la-atencion-primaria-de-salud-municipal> (accedido el 03/Sep/2018).
36. Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda. Sistema público de salud. Situación actual y proyecciones fiscales. https://www.dipres.gob.cl/598/articles-117505_doc_pdf.pdf (accedido el 12/Sep/2018).
37. Giraldo A, Vélez C. La atención primaria de salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Aten Prim (Barc, Ed impr)* 2013; 45:384-92.

38. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de saúde primários: agora mais que nunca. https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf (accedido el 12/Sep/2018).
39. Rosas A, Narciso V, Cuba M. Atributos de la atención primaria de salud (APS): una visión desde la medicina familiar. *Acta Méd Peru* 2013; 30:42-7.
40. Centro de Políticas Públicas UC, Pontificia Universidad Católica de Chile. Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema chileno. <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/fortalecimiento-de-la-atencion-primaria-de-salud-propuestas-para-mejorar-el-sistema-sanitario.pdf> (accedido el 12/Sep/2018).
41. Parada-Lezcano M, Romer MI, Moraga F. Educación Médica para la Atención Primaria de Salud: visión de los docentes y estudiantes. *Rev Med Chile* 2016; 144:1059-66.
42. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov.
43. Organização Pan-Americana da Saúde. Redes integradas de serviços de saúde. Conceitos, opções de políticas, e folha de rota para sua implementação nas Américas. https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicos-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307 (accedido el 12/Aug/2018).
44. Pérez SL, Arrivillaga M. Redes integradas de servicios de salud en el marco de la atención primaria en salud en países seleccionados de América Latina. *Salutem Scientia Spiritus* (En línea) 2017; 3:32-49.
45. Ocampo M, Betancourt V, Montoya J, Bautista D. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Rev Geren Polit Salud* 2013; 12:114-29.
46. Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda. Resumen ejecutivo elaborado por el panel evaluador e informe de comentarios a los resultados de la evaluación elaborado por la institución responsable del programa. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-139781_r_ejecutivo_institucional.pdf (accedido el 12/Oct/2019).
47. Ministerio de Salud. DFL-1 2005 (art. 136). Fija texto difundido, coordinado y sistematizado del decreto Ley n.º 2.763, de 1879, y de las leyes n.º 18.933 y n.º 18.469. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=249177> (accedido el 29/Oct/2019).
48. Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M. Desafíos de la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2017; 34:167-75.
49. Horst B. Fuentes de financiamiento de gobiernos subnacionales y descentralización fiscal. Serie Informe Económico 2010; (202). https://archivos.lyd.org/other/files_mf/SIE-202-Fuentes-de-Financiamiento-de-Gobier-nos-Subnacionales-y-Descentralizacion-Fiscal-BHorst-En.pdf.
50. Vande N, Xu K, Soucat A, Fleisher L, Aranguren M, Wang H. Measuring primary health care expenditure in low-income and lower middle-income countries. *BMJ Glob Health* 2019; 4:e001497.
51. Fundación Equidad. Mesa social por el derecho a la salud promueve la idea de crear un sistema único y universal. <https://equidad.cl/index.php/noticias/312-mesa-social-por-el-derecho-a-la-salud-promueve-idea-de-crear-un-sistema-unico-y-universal.html> (accedido el 09/Dec/2019).
52. Parada M, Bass del Campo C. ¿Sistema, seguro o plan único de salud? *Diario Uchile* 2019; 13 dic. <https://radio.uchile.cl/2019/12/13/sistema-seguro-o-plan-unico-de-salud/>.
53. Radio Cooperativa. Académicos del área de la salud piden un seguro público, universal y solidario. *Cooperativa.cl* 2019; 29 nov. <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/fonasa/academicos-del-area-de-la-salud-piden-un-seguro-publico-universa-y-2019-11-29/181838.html>.
54. Sanabria CAP, Coelho TCB, Cortés FAM. Trajetória da privatização do sistema de saúde chileno (1924-2005). *Saúde Debate* 2020; 44:541-55.

Abstract

Since the Declaration of Alma-Ata in 1978, primary healthcare (PHC) is considered an essential component of health systems. In the Chilean case, management of primary care was municipalized during the dictatorship and maintained by the subsequent governments, with some reforms. The aim of this article was to estimate and analyze spending in PHC in Chile, during the governments of Sebastián Piñera and Michelle Bachelet. Collection of financial data was oriented by the model of National Health Accounts (CNS), and later the amounts were deflated according to the Consumer Price Index. The principal source of information was the National System of Municipal Information (SINIM). The results show that during the period there was a permanent increase in spending in PHC; however, the average percent change was slightly higher in the first government compared to the second. The percentage of spending in PHC in relation to public spending in health was 21.4% for the eight years, with few variations. Indicators show that inequalities between administrative and health regions are increasing steadily. Therefore, although transfers to fund primary care services are increasing, they may be poorly distributed. This and other problems like the commodification of services and dismantlement of the network compromise the consolidation of PHC, especially in a health system based on contributive insurance like the Chilean system.

Healthcare Financing; Primary Health Care; Health Expenditures

Resumo

Desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, a atenção primária à saúde (APS) é considerada componente essencial dos sistemas de saúde. No caso chileno, a gestão da atenção primária foi municipalizada durante a ditadura e mantida pelos governos posteriores, com algumas reformas. O objetivo deste trabalho foi estimar e analisar o gasto em APS no Chile, durante os governos de Sebastián Piñera e Michelle Bachelet. A coleta dos dados financeiros foi orientada pelo Modelo de Contas Nacionais em Saúde (CNS) e, posteriormente, os valores foram deflacionados segundo o Índice de Preços do Consumidor (IPC). A principal fonte das informações foi o Sistema Nacional de Informação Municipal (SINIM). Os resultados mostram que no período houve aumento permanente do gasto em APS, entretanto, a média de variação percentual foi um pouco maior no primeiro governo do que no segundo. A porcentagem do gasto em APS em relação ao gasto público com saúde foi de 21,4% para os oito anos, tendo poucas variações. Indicadores mostram que a desigualdade entre as regiões administrativas e de saúde está ampliando progressivamente. Por tanto, os repasses destinados a financiar os serviços oferecidos na atenção primária, se bem que crescentes, possivelmente estão sendo mal distribuídos. Isso, junto com outros problemas, como a mercantilização dos serviços e a desintegração da rede, prejudicam a consolidação da APS, sobretudo tratando-se de um sistema de saúde baseado em seguros contributivos como o chileno.

Financiamento da Assistência à Saúde; Atenção à Primária à Saúde; Gastos em Saúde

Recibido el 05/Ene/2020
 Versión final presentada el 14/Jul/2020
 Aprobado el 05/Ago/2020