

# INEQUIDADES EN SALUD

## ¿SE SOLUCIONA CON MÁS RECURSOS?

EL GASTO ASISTENCIAL PER CÁPITA DE FONASA E ISAPRE SE HAN IGUALADO

Noviembre 2018

### RESUMEN

A menudo se escucha el argumento que indica que las deficiencias presentes en el sector público de salud son consecuencia de la baja disponibilidad de recursos para la atención de salud de sus beneficiarios y, producto de este menor acceso a financiamiento, es que se producen las diferencias en oportunidad de acceso y calidad con el sector privado. Sin embargo, en este estudio, utilizando información de la DIPRES, de FONASA y de la Superintendencia de Salud (SIS), se muestra como la brecha de inequidad en el financiamiento per cápita para atenciones de salud entre beneficiarios de FONASA e ISAPRE se ha ido cerrando con los años, siendo hoy la cápita de ISAPRE 1,2 veces la de FONASA. Este resultado hace plausible la hipótesis de que las desigualdades en oportunidad, acceso y calidad observadas pueden deberse más bien a una ineficiente utilización de los recursos en el sector público, más que a una falta de ellos.

### PROBLEMAS DE ACCESO, CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN FONASA ¿FALTA DE RECURSOS?

Consistentemente escuchamos que la baja disponibilidad de recursos con que cuenta el sector público de salud es el causante de las diferencias de oportunidad de acceso y calidad que se observan entre ambos subsistemas de salud.

A modo de ejemplo, estos son los argumentos que han esgrimido los académicos del Instituto de Salud Pública de la Universidad de Chile y algunos miembros del Colegio Médico, los que en el marco de la discusión de la reforma de salud, en mayo de 2018, propusieron una reforma basada en la integración de los financiamientos de la salud en Chile, la que básicamente propone estatizar totalmente la seguridad social en salud de Chile a nivel de aseguramiento, mediante la creación de un Seguro Nacional de Salud, el que administraría las cotizaciones de salud y subsidios de FONASA, ISAPRE y de las Fuerzas Armadas y Carabineros, así como también de las mutuales de seguridad<sup>1</sup>. De acuerdo con la propuesta, *“El sistema de salud chileno se caracteriza por tener una estructura segmentada por riesgo e ingreso, que promueve altos niveles de inequidad e ineficiencia (Cid, 2017). Esta estructura ha contribuido a un financiamiento crónicamente insuficiente del sector público, afectando a la mayoría de la población del país que está adscrita a él (Unger, 2008). Frente a esta situación, una reforma al financiamiento de la salud se vuelve necesaria para avanzar en las metas de cobertura universal y materializar el derecho a la salud de la población”*.<sup>2</sup>

Lo anterior demuestra que existe la creencia que más recursos destinados a la salud pública solucionarían los problemas más graves presentes en éste, como las listas de espera o la falta de especialistas, sin embargo, estimamos que la principal causa de desigualdades entre sistemas no se debe mayoritariamente a una falta de recursos, sino más bien a una mala gestión de dichos recursos, pues como veremos a continuación las brechas en cápitales para atenciones de salud entre sistemas se han acotado.

<sup>1</sup> Asociación de Isapres. Comentarios a propuesta Reforma integral al financiamiento de la salud. Mayo 2018. Disponible en: [http://isapre.cl/PDF/Comentario%20a%20Propuesta%20ESP%20U.Ch\\_Colmed.pdf](http://isapre.cl/PDF/Comentario%20a%20Propuesta%20ESP%20U.Ch_Colmed.pdf)

<sup>2</sup> Comisión ESP.U. Ch.-COLMED. Reforma integral al financiamiento de la salud. Mayo 2018. Disponible en: <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/143394/propuesta-reforma-integral-al-financiamiento-de-la-salud>

## Las brechas financieras entre FONASA e ISAPRES se han acortado, pero las brechas de acceso, oportunidad, calidad y de resultados sanitarios se mantienen

El objetivo de este estudio es conocer qué tan distante es el gasto per cápita que las ISAPRES destinan al pago de prestaciones de salud versus el de FONASA, en ambos casos excluyendo copagos, gastos administrativos y pago de licencias médicas<sup>3</sup>. En el caso de ISAPRE este gasto es fácil de conocer, pues corresponde al gasto en prestaciones (bonificaciones)<sup>4</sup>, está disponible en las estadísticas de la Superintendencia de Salud junto con los beneficiarios. Por su parte, los gastos en atenciones de FONASA son extraídos del presupuesto ejecutado de FONASA, disponible en la DIPRES, y se considera el Programa de Atención Primaria en Salud (APS), el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) y el Programa de Prestaciones Institucionales, a lo que se suma la bonificación de salud de la Modalidad Libre Elección (MLE) menos el copago de cargo del usuario<sup>5</sup>. En el CUADRO 1 se presentan las cápitales mensuales de FONASA e ISAPRE entre los años 2011 y 2017.

**CUADRO 1**

Cápita MENSUAL atenciones de salud (\$2017) <sup>a</sup>				
	Cápita Fonasa <sup>b</sup>	Cápita Isapre <sup>c</sup>	Isapre/Fonasa	Diferencia
2011	\$22.401	\$36.225	1,62	\$13.824
2012	\$24.210	\$37.728	1,56	\$13.519
2013	\$26.709	\$39.544	1,48	\$12.834
2014	\$28.919	\$39.325	1,36	\$10.406
2015	\$32.392	\$40.563	1,25	\$8.171
2016	\$33.841	\$42.856	1,27	\$9.015
2017	\$36.910	\$44.384	1,20	\$7.474

a La cápita en atenciones de salud es el gasto en prestaciones de salud por beneficiario desembolsado por FONASA e ISAPRES, respectivamente (excluye copagos).

b Considera los gastos en prestaciones ejecutados de Fonasa correspondientes a los Programas APS, PPV, PPI, más la bonificación salud MLE menos el copago de cargo del usuario. Fuentes: Dirección de Presupuestos y Boletín Fonasa últimos años.

c Considera los gastos en prestaciones bonificados por las Isapres. Fuente: Superintendencia de Salud, Información Financiera y de Cartera.

### La cápita de ISAPRE es 1,2 veces la de FONASA

Los resultados muestran que las brechas de inequidad financiera para atenciones en salud se han reducido significativamente, pasando de ser la cápita de ISAPRE 3 veces la de FONASA en los 90, a 2 veces a inicios de 2000, para en la actualidad ser esta razón de 1,2 (GRÁFICO 1). En concreto, en el año 2017 la cápita mensual de ISAPRE fue de \$44.384 (\$532 mil anuales), mientras que la de FONASA \$36.910 (\$443 mil anuales).

Reconocemos que el análisis no considera que la cartera de FONASA es más riesgosa que la cartera de ISAPRE, debido a que la primera cuenta con una población más envejecida y con mayor dispersión geográfica, además de los determinantes sociales<sup>6</sup> que hacen que el grupo FONASA sea más riesgoso (más enfermo). En efecto, según nuestros

<sup>3</sup> Se descuenta el gasto que se destina a pagar licencias médicas, primero porque su gasto no tiene relación directa con atenciones médicas y segundo, porque este gasto varía mucho de acuerdo con el nivel de ingreso de las personas: el pago por día de licencia depende del sueldo del afiliado.

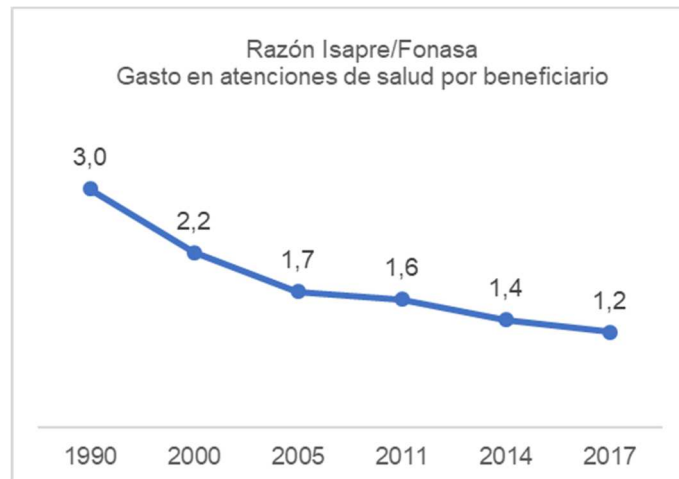
<sup>4</sup> Provenientes de las Ficha Económica y Financiera de Isapre (FEFI).

<sup>5</sup> Hasta el Boletín 2014-2015 de FONASA, se presentaba este número, el que no restaba de la bonificación de salud de la MLE el copago, pero en nuestro cálculo quisimos ser más rigurosos y le restamos el copago (ingresos) a dicho gasto.

<sup>6</sup> Los ingresos de las personas y su nivel educacional tienen una relación directa con el estado de salud de las personas. Personas social y económicamente más privilegiadas, acceden y tienen mejor salud, no sólo porque desde que nacieron han podido acceder a mejores atenciones

cálculos la cartera de FONASA es 17% más riesgosa, lo que implica que se necesitaría gastar \$6.275 pesos adicionales mensuales por beneficiario, con lo cual las cápitas entre sistemas se igualarían. Pero FONASA cuenta con economías de escala que ISAPRE no tiene (13,9 millones de beneficiarios versus 3,4 millones) y un sistema verticalmente integrado con una red propia, que debería llevar a ahorro en costos que debiesen hacer desaparecer las diferencias por riesgos.

GRÁFICO 1



Fuente: Elaboración Isapres de Chile en base a información DIPRES, FONASA y SIS.

**Las brechas financieras se han reducido pero las inequidades persisten, lo que deja al descubierto los serios problemas de gestión del sector público que lleva a una eficiencia en el gasto**

En todo caso, no es nuestra intención meternos la discusión del punto anterior, sino más bien mostrar que **los** esfuerzos en inyectar más recursos al sector público de salud han logrado el cometido de reducir fuertemente las brechas de financiamiento entre sistemas. Sin embargo, con prácticamente la misma disponibilidad de recursos se observa que las inequidades en resultados sanitarios, en acceso, oportunidad y calidad a salud y por ende en satisfacción, difieren considerablemente entre sistemas. Lo anterior demuestra que más recursos destinados a la salud pública no son suficientes para solucionar los problemas más graves presentes en el sector público de salud, como las listas de espera o la falta de especialistas, y que son los temas que más generan malestar y sensación de desprotección entre los afiliados a FONASA, según el último estudio de opinión realizado por la Superintendencia de Salud<sup>7</sup>. Por otra parte, se observa que, con prácticamente la misma disponibilidad de recursos, el sistema ISAPRE otorga 26<sup>8</sup> prestaciones por paciente al año, mientras que FONASA otorga 19 (incluye atenciones APS, MAI y MLE)<sup>9</sup>.

Dejando de lado la premisa que las inequidades en salud siempre existirán debido a los determinantes sociales, ¿por qué pese a la disponibilidad similar de recursos se producen estas brechas en la atención? Esta situación deja al descubierto, los graves problemas de gestión que tiene el sector público de nuestro país, lo que se traduce en que más recursos destinados a salud no están siendo gastado eficientemente, pues de lo contrario se observarían mejoras de calidad y oportunidad. Un estudio realizado por Lenz y Sánchez (2016)<sup>10</sup>, muestra que entre 2011-2015 los gastos

médicas, sino porque también acceden a una mejor alimentación, tienen más posibilidades de hacer actividad física, tienen más educación respecto a los factores de riesgo y acceden a trabajos muchas veces menos dañinos para el cuerpo, entre otros.

<sup>7</sup> Universidad de Concepción-Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Estudio de opinión sobre el sistema de salud. Febrero 2018. Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-17015\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-17015_recurso_1.pdf)

<sup>8</sup> Fuente: Superintendencia de Salud, Informe Prestaciones Isapre 2016.

<sup>9</sup> Fuente: Cálculo elaborado en base a información de Clínicas de Chile "Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile, cifras 2016 (prestaciones FONASA)" y del Boletín Fonasa 2015-2016 (cartera FONASA).

<sup>10</sup> Lenz Rony y Sánchez José Miguel. Productividad en el sistema público de salud 2011-2015. Septiembre, 2016.

operacionales del SNSS (gasto en remuneraciones y bienes y servicio de consumo), han crecido a tasas promedio anual real de 9,2% (42,4% período). En tanto, el costo operacional medio del SNSS creció en el período 2011-2015, a tasas promedio anual real del 4,0% (17,2% período), producto de que el gasto está creciendo más rápido (9,2%) que la producción (5,0%). Lo anterior implica que **la eficiencia del gasto del SNSS ha disminuido 14,7% en período 2011-2015, esto es a un ritmo promedio de -3,9% al año**. A mayor abundamiento, según la medición realizada por los autores, la producción del SNSS ha crecido principalmente por un aumento de las dotaciones (3,6% promedio anual) y en mucho menor medida por los aumentos de productividad, **siendo la productividad el elemento menos dinámico del sistema: 1,3% promedio anual**.

### Consecuencias para el diseño de políticas públicas

Si los aumentos en el gasto del SNSS no están generando ganancias en eficiencia, en otras palabras, dicho gasto no está agregando valor al gasto en salud, queda claro que la respuesta a los problemas del sector público no está en aumentar el financiamiento de éste, sino en modernizar su gestión. En este contexto, urgen cambios en la institucionalidad de la red pública de atención. Se deben articular las redes con mecanismos de interoperabilidad clínica entre la atención primaria, secundaria y terciaria, se deben modernizar los gobiernos corporativos de los hospitales públicos mediante sistemas que midan gestión y que obliguen a rendir cuentas, y por, sobre todo, se debe otorgar una mayor autonomía a los servicios públicos de salud.

FONASA, debe operar como un verdadero seguro público. Hoy FONASA es una institución pública sin capacidad de autogestionarse (restricciones legales para la gestión), no tiene incentivos en su gestión, ni capacidad de negociación sobre variables tan relevantes como los sueldos de sus empleados o el nulo poder de negociación sobre la infraestructura ya construida, donde los gastos fijos deben seguir solventándose. Sin control ni responsabilidad sobre su gestión, es lógico que observemos el descontrol financiero que se viene dando hace años en este sector, lo que se traduce en servicios clínicos deficientes y en una falta de capacidad resolutoria, sobre todo en la atención primaria. Esto redundará en una insatisfacción permanente por parte de sus afiliados, ya que no encuentran soluciones oportunas y de calidad en las redes de atención públicas.

La Superintendencia de Salud, en tanto, debiese tener una mayor autonomía e independencia del gobierno de turno de modo de ser el regulador y fiscalizador de todo el sistema y no sólo de las ISAPRES como ocurre en la práctica.

Con todo lo anterior resuelto, el Ministerio de Salud se encontraría en condiciones de retomar su rol de gestor de políticas públicas sanitarias, rol que ha sido absorbido por tareas administrativas producto de como fue concebido por ley la gestión del sistema público de salud.

Las ISAPRES, por su parte, también deben mejorar aspectos de eficiencia del gasto relacionados con los mecanismos de pago, avanzando hacia un sistema donde el riesgo financiero sea compartido entre aseguradoras y prestadores, de modo que ambos tengan incentivos a contener costos.

### Consideración adicional: Copagos por beneficiario

En FONASA, la atención en redes institucionales públicas (Modalidad de Atención Institucional, MAI) es gratuita para la atención primaria de todos los beneficiarios de Fonasa, pero en el caso de hospitalización MAI y de atenciones de especialidad MAI, la atención es gratuita sólo para los tramos A y B y se considera un copago para los beneficiarios en el tramo C (10%) y D (20%). Adicionalmente, los beneficiarios clasificados en los tramos B, C y D, pueden optar, por la modalidad de libre elección (MLE), que considera la posibilidad de elegir a un prestador privado de entre una lista de aquellos que tienen convenio con el Fonasa. Las personas hacen un copago en función del nivel de inscripción del prestador en convenio con Fonasa (niveles 1, 2 o 3) para consultas médicas, exámenes de laboratorio e imagenología, cirugías, radioterapia, psiquiatría. El copago de la MLE es mayor al de la MAI. En las atenciones hospitalarias en clínicas privadas en modalidad Libre Elección Fonasa, no PAD, los pacientes copagan entre un 90% y 80% de la factura.

En ISAPRES, los copagos están influidos de manera importante por la utilización de la libre elección, prestadores preferentes o red cerrada. Si se utiliza la libre elección el copago es mayor, pero los copagos bajan considerablemente si se utilizan redes cerrada, como ocurre con la utilización del GES o de la cobertura catastrófica CAEC. En el año 2017, el copago promedio de Isapre fue de 36%, el de GES 9% y CAEC 11%. En ISAPRE, el copago será mayor o menor, dependiendo de la decisión del paciente de en qué prestador atenderse.

El fin de este estudio era calcular el gasto en que cada subsistema de salud incurría para atenciones médicas por beneficiario, por lo que los copagos que son de cargo de los pacientes no debían ser incluidos en el cálculo, aunque entendemos que los copagos ayudan a financiar las prestaciones, siendo mayores estos en ISAPRE por que existe la libre elección y el nivel de ingresos de las personas es mayor. A mayor abundamiento, en el año 2017, el copago promedio de ISAPRE fue de \$24.700 mensuales, mientras que el de Fonasa fue 9 veces menor, de \$2.700 mensuales.

El cálculo anterior, no incluye los copagos cubiertos por seguros complementarios o suplementarios, que hacen que los copagos anteriores redunden en un gasto de bolsillo menor para los afiliados que cuentan con dichos seguros. Un estudio de la SIS (2017) respecto al mercado de seguros complementarios en base a la CASEN 2015, constata que el 45% de las personas que cotizan en Isapre poseen seguro complementario, le sigue en importancia las personas del sistema de salud de las FFAA y de orden con un 34%, el 20% de quienes están en el grupo D del Fonasa, el 19% que tiene otro sistema de salud, el 12% de los que están en el grupo C del Fonasa, el 9% de los que no tienen ningún sistema de salud, el 6% de los que están en el Grupo B del Fonasa y el 3% del Grupo A<sup>11</sup>.

## Conclusiones y desafíos

Del análisis del financiamiento de las atenciones de salud y, en particular, del análisis de gasto per cápita en atenciones de FONASA e ISAPRES, se obtienen las siguientes conclusiones:

Primero, no existen grandes diferencias en el gasto en atenciones per cápita entre subsistemas de salud, siendo la razón ISAPRE/FONASA de 1,2 veces (\$7.000). No obstante, la población de FONASA tiene un riesgo que es un 17% superior al de ISAPRE y por tanto necesitaría una cápita más cercana a \$43.000 que a los \$37.000 actuales, con ello, se acercaría aún más a la actual cápita de ISAPRE de \$44.000.

Segundo, con una cápita similar, el sector privado es capaz de entregar más atenciones por paciente (26 vs. 19), en prestaciones que ofrecen un buen estándar de servicios y sin listas de espera.

Tercero, si no existen diferencias en los recursos disponibles entre sistemas, las deficiencias presentes en el sector público, como las listas de espera e insatisfacción de los usuarios por falta de soluciones a sus problemas médicos, podrían tener más que ver con dificultades en la gestión de los recursos que en una falta de ellos.

Cuarto, sin cambios legales que faciliten la gestión en el sector público, será imposible que con los mismos recursos per cápita se logren los mismos beneficios que en el sector privado en tiempos de espera, oportunidad y calidad. Por ley el Ministerio de Salud es quien vela por el acceso y oportunidad en las atenciones, mientras que el rol de FONASA es el de financiar a los servicios de salud. FONASA no tiene ninguna facultad sobre la resolución de los problemas de salud de sus afiliados y las prestaciones que entrega el sector público es a través de los servicios de salud, que tienen problemas de gestión y una falta de autonomía importantes. FONASA hoy recibe un presupuesto determinado para los distintos servicios de salud, el cual indica donde se va a gastar, pero FONASA no tiene posibilidades de comprar directamente a los hospitales los servicios requeridos de acuerdo con gestión, y lo que es más importante, dar solución a los problemas de salud de sus afiliados independientemente de donde se otorgue la prestación, mientras ésta sea costo-eficiente. En concreto se debe revisar la institucionalidad de la red pública de atención, para modernizar su gobierno corporativo y otorgar mayor autonomía en la ejecución y responsabilidad sobre los resultados de sus establecimientos. Los servicios de salud deben ser capaces de autogestionarse y tener capacidad de negociación de variables tan relevantes como los sueldos de sus empleados - hoy dependen de negociaciones entre Hacienda y las

---

<sup>11</sup> Departamento de Estudios y Desarrollo SIS, Ciro Ibáñez. "Caracterización del mercado de seguros complementarios de salud en base a la encuesta CASEN 2015", abril 2017. Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-15825\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-15825_recurso_1.pdf)

poderosas organizaciones gremiales de salud - y la gestión de su infraestructura. Por su parte, FONASA debe actuar como un verdadero seguro, priorizando de acuerdo con criterios sanitarios y derivando pacientes en lista de espera con criterios de costo-efectividad, pues solo así tendrá una verdadera capacidad resolutive. Adicionalmente, la Superintendencia de Salud debe tener mayor autonomía e independencia del gobierno de turno, para regular y fiscalizar en forma adecuada, ayudando a desarrollar perfeccionamientos del sistema. De paso, con todas estas mejoras, el MINSAL dejaría de ocuparse de labores administrativas no propias de sus funciones y podría tener más espacio para fijar las metas sanitarias del país.

Quinto, los resultados revelan que el sector privado ha mostrado una relativa mayor eficiencia que el sector público, con un crecimiento de los costos de salud que se ha mantenido más acotado, lo que al mismo tiempo ha contribuido a acortar las brechas en las cápitas de salud de ambos sistemas. El sector privado, es capaz de entregar servicios adecuados y permite que tanto pacientes de ISAPRE como de FONASA -prestaciones ambulatorias a través de la MLE- obtengan atención de buen nivel y asequible en el sector privado<sup>12</sup>. Sin embargo, reconocemos que para avanzar en costo-eficiencia el sector privado debe abandonar el modelo de pago de pago por prestación y pasar a un modelo de pago por solución, de modo que el riesgo de la atención sea compartido entre aseguradoras y prestadores, pues sólo así se alinearían los incentivos a reducir costos, cosa que hoy no ocurre debido a que los seguros deben pagar por prestación otorgada. El punto Cuarto unido al Quinto, permitiría el acceso de pacientes FONASA a más prestaciones hospitalarias, pues hoy el copago de 80%-90% de la MLE hace más difícil su acceso.

Sexto, los resultados muestran que existen las condiciones financieras para desarrollar nuevos modelos de colaboración público-privada, para la entrega de servicios médicos ambulatorios y hospitalarios, diferentes a la tradicional provisión por establecimientos públicos. Las concesiones sanitarias, concesiones hospitalarias integrales, subsidios a las personas y otros mecanismos de contratación de servicios deben ser explorados. El ejercicio realizado en este estudio demostró que en Chile es necesario discutir la idea de que el Estado, bajo ciertas condiciones, permitiese la contratación de soluciones sanitarias al prestador que sea más costo-eficiente, de modo de dar solución es de salud efectivas a su población. De igual forma, las ISAPRES debiesen poder hacer convenios con la red pública de atención, lo que adquiere relevancia en regiones.

---

<sup>12</sup> De acuerdo a Clínicas de Chile, en el año 2016, 8.722.636 personas demandaron una atención e salud en el sector privado, correspondiendo 5.291.081 (60%) a beneficiarios de FONASA que compraron bonos de atención bajo la Modalidad Libre Elección